

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 551

**COMITE DE EXPERTOS
DE LA OMS
EN FARMACODEPENDENCIA**

20º informe

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1974

ISBN 92 4 320551 X

© Organización Mundial de la Salud 1974

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones y Traducción, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SWITZERLAND

INDICE

	Página
Introducción	7
PARTE I. ACTIVIDADES DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES INTERESADOS EN LA FARMACODEPENDENCIA	
1. Organización Mundial de la Salud	9
2. Naciones Unidas	10
3. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	12
4. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura	12
5. Consejo Internacional sobre el Alcoholismo y las Toxicomanías	13
PARTE II. PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS	
1. Generalidades	13
1.1 Terminología	15
1.2 Objetivo central del informe	18
1.3 Principios de programación	20
2. Factores relacionados con el uso extramédico de drogas	21
2.1 Factores generales	21
2.2 Consumo inicial y experimental	24
2.3 Consumo casual	26
2.4 Consumo dependiente	27
2.5 Interrupción del consumo	30
3. Métodos preventivos	32
3.1 Algunas consideraciones sobre planificación	32
3.2 Objetivos de la prevención	35
3.3 Medidas destinadas esencialmente a limitar la disponibilidad de drogas	38
3.4 Medidas destinadas principalmente a individuos y pequeños grupos	40
3.4.1 Identificación de las personas muy expuestas a experimentar problemas relacionados con la droga	41
3.4.2 Influencias de los grupos de compañeros	47
3.4.3 Función de los programas de información y de educación sobre drogas	48
3.5 Medidas dirigidas principalmente al medio	54
3.5.1 Vigilancia del medio	56
3.5.2 Aumento de la eficacia de las trabas sociales	58
3.5.3 Soluciones interesantes	63
3.5.4 Alivio de las tensiones generales del medio	65
3.6 Consideraciones especiales relativas a las bebidas alcohólicas	67
3.6.1 Problemas relacionados con el consumo «excesivo» de bebidas alcohólicas	68

	Página
3.6.2 Consumo de distintos tipos de bebidas alcohólicas	75
3.6.3 Publicidad	76
3.6.4 Grado de aceptación	76
3.6.5 El precio en relación con el poder adquisitivo	77
3.6.6 Recomendaciones	79
3.7 Acción concertada	79
3.7.1 Funciones necesarias	80
3.7.2 Medios de fomentar la acción concertada	83
3.8 Función de las investigaciones	85
3.8.1 Estudios de evaluación	86
3.8.2 Mejora de los programas preventivos	89
4. Conclusiones y recomendaciones	90
4.1 Generalidades	91
4.2 Disponibilidad de drogas	92
4.3 Individuos y pequeños grupos	92
4.4 Medio	94
4.5 Consideraciones especiales relativas a las bebidas alcohólicas	96
4.6 Investigaciones	96
PARTE III. FISCALIZACION INTERNACIONAL DE CIERTOS FAR-	
MACOS	
1. Difenoxina	97
2. Preparaciones de difenoxina	98

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN FARMACODEPENDENCIA

Ginebra, 8-13 de octubre de 1973

*Miembros : **

- Sr. H. D. Archibald, Director Ejecutivo, Fundación para las Investigaciones sobre Toxicomanía, Toronto, Ontario, Canadá
- Dr. E. A. Babajan, Jefe, Departamento de Tecnología Médica e Introducción de Medicamentos Nuevos, Ministerio de Sanidad de la URSS, Moscú, URSS
- Dr. B. S. Brown, Director del Instituto Nacional de Salud Mental, Departamento de Sanidad, Educación y Asistencia Social, Rockville, Md., Estados Unidos de América (*Presidente*)
- Dr. K. Evang, ex Director General de los Servicios de Salud, Oslo, Noruega (*Vice-presidente*)
- Dr. J. H. Jaffe, Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Columbia, Nueva York, N.Y., Estados Unidos de América
- Dr. A. Stoller, Presidente, Servicio de Salud Mental, Melbourne, Vic., Australia (*Relator*)

Representantes de otras organizaciones :

Naciones Unidas

- Dr. O. J. Braenden, Jefe, Sección de Ciencia y Tecnología de la División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra, Suiza
- Dr. J. L. Gómez del Prado, Sección de Petición de Drogas e Información, División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra, Suiza
- Sr. E. Hytten, Jefe, Sección del Programa Europeo de Desarrollo Social, División de Asuntos Sociales, Naciones Unidas, Ginebra, Suiza
- Dr. S. G. R. Mártens, Director, División de Estupefacientes, Naciones Unidas, Ginebra, Suiza
- Sr. J. J. Moore, Experto en Investigación del Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para la Defensa Social, Roma, Italia

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

- Srta. N. Friderich, División de Programas y Estructuras de Enseñanza, UNESCO, París, Francia

* *No pudieron asistir a la reunión :* Dr. J. Griffith Edwards, Director Honorario, Sección de Investigaciones sobre Toxicomanía, Instituto de Psiquiatría, Londres, Inglaterra ; Dr. Komol Pengsritong, Subsecretario de Estado para Salud Pública, Ministerio de Sanidad, Bangkok, Tailandia ; y Dr. M. I. Soueif, Profesor de Psicología, Facultad de Letras, Universidad de El Cairo, Egipto.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

Sr. L. Manueco-Jenkins, Jefe, Tratados, Investigación e Información, JIFE, Ginebra, Suiza

Consejo Internacional sobre el Alcoholismo y las Toxicomanías

Dr. H. Halbach, Profesor Honorario de Farmacología, Universidad de Munich, República Federal de Alemania

Sra. E. J. Tongue, Directora Adjunta del Consejo Internacional sobre el Alcoholismo y las Toxicomanías, Lausana, Suiza

Dr. P. H. Connell, Director, Sección de Investigaciones Clínicas y Tratamiento de la Farmacodependencia, Bethlem Royal Hospital y Maudsley Hospital, Londres, Inglaterra

Secretaría :

Dr. D. C. Cameron, Médico Principal, Oficina de Salud Mental, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)

Dr. T. L. Chrusciel, Médico Principal, Oficina de Salud Mental, OMS, Ginebra, Suiza

Dr. A. N. Little, Jefe, División de Referencias, Comisión de Relaciones con el Público, Londres, Inglaterra (*Consultor*)

Dr. W. H. McGlothlin, Profesor Residente, Departamento de Psicología de la Universidad de California, Los Angeles, Calif., Estados Unidos de América (*Consultor*)

Dr. H. H. Nowlis, Director de la Oficina de Programas de Información Toxicológica, Higiene y Nutrición, Departamento de Sanidad, Educación y Asistencia Social, Washington, D.C., Estados Unidos de América (*Consultor*)

Dr. E. Stålberg, Profesor Ayudante de Neurofisiología, Departamento de Neurofisiología Clínica, Hospital Clínico, Upsala, Suecia (*Consultor*)

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN FARMACODEPENDENCIA

20º informe

INTRODUCCION

El Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia se reunió en Ginebra del 8 al 13 de octubre de 1973.

Abrió la reunión, en nombre del Director General, el Dr. T. Lambo, Subdirector General, quien dio la bienvenida a los participantes y a los representantes de las Naciones Unidas, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y del Consejo Internacional sobre el Alcoholismo y las Toxicomanías. El Dr. Lambo señaló que, durante más de dos decenios, los comités de expertos, los grupos científicos y los grupos de estudio de la OMS se han ocupado de las siguientes cuestiones: ¹ a) determinación de las drogas que causan dependencia y pueden plantear problemas personales, sociales y sanitarios; ¹ b) analogías y diferencias entre la dependencia de drogas socialmente inaceptables y la dependencia de drogas cuyo consumo se acepta o tolera; ² c) prestación de servicios para la prevención y el tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas; ³ d) principios para abordar los problemas de la farmacodependencia; ⁴ e) el consumo de cannabis; ⁵ f) los jóvenes y la droga; ⁶ y g) estudio epidemiológico de la farmacodependencia.⁷ Algunos de esos grupos de expertos, además de formular recomendaciones sobre la imposi-

¹ *Act. Of. Org. Mund. Salud*, 1949, N° 19, * págs. 29 a 34; *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1950, N° 21; * 1952, N° 57; * 1954, N° 76; * 1955, N° 95; 1956, N° 102; 1957, N° 116; 1958, N° 142; 1960, N° 160; 1960, N° 188; 1961, N° 211; 1962, N° 229; 1964, N° 273; 1964, N° 287; 1965, N° 312; 1966, N° 343; 1969, N° 407; 1970, N° 437; 1971, N° 478; 1972, N° 495.

² *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1949, N° 9; 1951, N° 42; 1952, N° 48; 1954, N° 84; * 1955, N° 94; 1967, N° 363; 1973, N° 516.

³ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1950, N° 42; 1952, N° 48; 1957, N° 131; 1967, N° 363.

⁴ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1970, N° 460; 1973, N° 516.

⁵ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1971, N° 478.

⁶ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 516.

⁷ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 526.

* Publicado solamente en francés y en inglés.

ción de restricciones a la disponibilidad de ciertas drogas, examinaron otros métodos de prevención.¹ Muchas organizaciones gubernamentales y de otro tipo han iniciado o están proyectando toda una serie de actividades para atenuar los problemas que plantea y que planteará en el futuro la utilización con fines no médicos de diversas drogas que causan dependencia. Entre los esfuerzos desplegados con fines preventivos se procura hoy día a) prohibir completamente la utilización de ciertas drogas con fines no médicos ; b) desaconsejar, pero no prohibir, el uso de otras ; c) informar a los dirigentes de la colectividad y a los consumidores actuales o futuros acerca de las posibles consecuencia del consumo de drogas ; d) ofrecer al público actividades interesantes que no guarden relación con el consumo de drogas, y e) proceder a la localización de los casos de toxicomanía incipiente con objeto de limitar la propagación del consumo de drogas. No es fácil evaluar objetivamente las políticas, los criterios y los métodos adoptados, pero tampoco se ha puesto suficiente empeño en determinar no sólo su eficacia, sino también su coste y otros gastos ocasionados por su aplicación. Ciertas medidas indebidamente aplicadas pueden muy bien exacerbar los problemas relacionados con la droga en lugar de aliviarlos. Era, pues, oportuno que se invitara al Comité a evaluar los métodos actuales y los que puedan adoptarse en el futuro para prevenir los problemas relacionados con la utilización con fines no médicos de drogas que causan dependencia y a estudiar la forma de aumentar la eficacia de las actividades que contribuyen a esa prevención.

PARTE I

ACTIVIDADES DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES INTERESADOS EN LA FARMACODEPENDENCIA

El interés y la inquietud generales que suscitan los problemas personales, sanitarios y sociales que plantea el consumo, al margen de la práctica médica aceptable, de ciertas drogas causantes de dependencia, sigue reflejándose en las actividades de diversas organizaciones internacionales. El Comité tomó

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1967, N° 363, pág. 36 (section 3) ; 1970, N° 460, pág. 32 (sección 3.4) ; Oficina Regional de la OMS para Europa (1971) *Measures for the prevention and control of drug abuse and dependence*, Copenhagen (EURO 5412 IV, informe de un Grupo de Trabajo) ; Oficina Regional de la OMS para Europa (1972) *Health education programmes concerning drug abuse in young people*, Copenhagen (EURO 5418 IV, informe de un Grupo de Trabajo).

nota con satisfacción de algunas de esas actividades y formuló observaciones al respecto.

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

El Comité, enterado de que la 26ª Asamblea Mundial de la Salud ha a) insistido de nuevo en la necesidad de que la Organización Mundial de la Salud « promueva y apoye el desarrollo de programas más eficientes de prevención y rehabilitación y de formación de personal, así como la obtención de los conocimientos necesarios en relación con la farmacodependencia », ¹ b) encarecido la importancia que atribuye a « la habilitación de medios para el acopio y el intercambio internacional de datos sobre la prevalencia y la incidencia de la farmacodependencia y sobre los complejos factores internos y externos, de orden psicológico y sociocultural, con ella relacionados » y c) pedido que se intensifiquen los esfuerzos para poner en práctica el programa ampliado de la especialidad aprobado por anteriores Asambleas Mundiales de la Salud, ² tomó nota de las actividades emprendidas por la Organización con ese fin y, en particular, de la labor realizada por dos grupos de expertos de la OMS, ³ de la colaboración de la Oficina Regional de la OMS para las Américas en el establecimiento de un centro en América Central para el estudio del alcoholismo, en la organización de cursos de formación y en la preparación de estudios epidemiológicos en esa Región ; de la asistencia facilitada a los países por las Oficinas Regionales de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental, Pacífico Occidental y Europa ; y de la conferencia organizada por esta última Oficina Regional sobre evaluación de métodos de tratamiento. ⁴ El Comité tomó asimismo nota de la prosecución de tres proyectos de la OMS, ⁵ iniciados el año anterior con ayuda del Fondo de las Naciones Unidas para

¹ *Act. Of. Org. Mund. Salud*, 1973, N° 209, pág. 27 (resolución WHA26.52).

² Organización Mundial de la Salud (1973) *Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo, Vol. I, 1948-1972*, pág. 123 (resolución WHA24.57), pág. 124 (resolución WHA25.62).

³ Grupo de Trabajo sobre pautas para la colaboración en la notificación de casos de uso extramédico de drogas causantes de dependencia (Ginebra, 13 a 18 de agosto de 1973) ; Grupo de Trabajo sobre centros de la OMS para las enseñanzas y las investigaciones en relación con la farmacodependencia (Ginebra, 20 a 24 de agosto de 1973).

⁴ Oficina Regional de la OMS para Europa (1974) *Comparison and evaluation of methods of treatment and rehabilitation for drug dependence and abuse*, Copenhagen (EURO 5423 IV, informe sobre una conferencia).

⁵ Estudio sobre los efectos crónicos del uso prolongado de cannabis ; estudio sobre la eficacia terapéutica de la supresión gradual de la droga para el tratamiento de toxicómanos ; y preparación de un folleto destinado a los miembros de la profesión médica y de profesiones afines sobre usos extramédicos de drogas causantes de dependencia.

la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID), de la iniciación, con ayuda del FNUFUID, de un estudio en Irán sobre la eficacia de diversos métodos en el tratamiento de toxicómanos y de los progresos realizados en el proyecto de tratamiento y rehabilitación que se lleva a cabo en Tailandia con ayuda del FNUFUID.

2. NACIONES UNIDAS

El Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID)¹ cuenta ahora con recursos por valor de US \$10 000 000 y ha facilitado ayuda a varios organismos internacionales para la financiación de una serie de programas sobre el problema de la farmacodependencia. Teniendo en cuenta que nunca se ha logrado suprimir realmente el suministro de drogas causantes de dependencia cuando su demanda es considerable (piénsese, por ejemplo, en los intentos de prohibir el consumo de alcohol en Noruega y en los Estados Unidos de América, y del opio y de las sustancias opiáceas en Irán y Tailandia), el Comité quedó enterado con satisfacción de que el FNUFUID y los órganos internacionales interesados están tratando de encontrar un método verdaderamente equilibrado que permita resolver los problemas de la oferta y la demanda. La única esperanza positiva de mitigar la gravedad y reducir la amplitud de los problemas actuales y futuros relacionados con el uso extramédico de drogas parece residir en la aplicación de un método de ese tipo en una región geográfica determinada.

El Comité tomó nota de que el programa de la División de Estupeficientes de las Naciones Unidas se ha ampliado considerablemente en los dos últimos años como resultado, entre otras cosas, de la ayuda facilitada por el FNUFUID. Se están desplegando esfuerzos especiales para colaborar en la organización de programas en determinadas zonas geográficas con el fin de lograr simultáneamente la reducción de la producción ilícita de estupeficientes, la supresión del tráfico clandestino y la disminución de la demanda de esas drogas mediante actividades educativas, terapéuticas y de rehabilitación. Con ayuda del FNUFUID, la División ha emprendido o concluido unos 30 proyectos, entre los que se cuentan proyectos nacionales del tipo recién descrito, seminarios de formación para funcionarios de los servicios de represión e investigaciones bioquímicas.

Además de las funciones permanentes (recientemente ampliadas) de la División de Estupeficientes de las Naciones Unidas, el Comité tomó nota de que, desde hace dos años, el Instituto de Investigaciones de las Naciones

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, pág. 7 (sección 2).

Unidas para la Defensa Social se encarga de fomentar las investigaciones epidemiológicas y de evaluación a cargo de grupos de estudio en varios países, mientras que la División de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas se interesa por las reacciones del público al uso extramédico de drogas¹ y por las consecuencias sociales de carácter general de los problemas relacionados con dicho uso.

En cumplimiento de una resolución adoptada por la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas,² el Consejo Económico y Social ha invitado a la OMS a colaborar con la Comisión « preparando oportunamente informes analíticos sobre las modalidades epidemiológicas del uso indebido de drogas », ³ invitación que aceptó, a reserva de la disponibilidad de fondos, la 26ª Asamblea Mundial de la Salud.⁴

Se pusieron en conocimiento del Comité otras varias resoluciones adoptadas por órganos internacionales en las que, entre otras cosas, a) se invitaba a los organismos internacionales competentes a que colaboraran plenamente en el programa de la especialidad de las Naciones Unidas y a « que, al formular sus propios programas relacionados con las consecuencias socioeconómicas del uso indebido de drogas, presten especial atención a los medios adecuados para combatir este abuso »; ⁵ b) considerando que « las medidas de los gobiernos y de los órganos y organizaciones internacionales deben adoptarse simultáneamente en todos los planos: prevención del uso indebido, represión del tráfico ilícito, fiscalización de la producción, la fabricación, la distribución y el consumo, desarrollo de la formación y de la educación, investigación científica, terapéutica y rehabilitación » y que han de coordinarse mejor todos los esfuerzos, se pedía « al Secretario General que estudie este problema de la coordinación e intente resolverlo »; ⁶ c) se autorizaba el establecimiento de una « subcomisión sobre tráfico ilícito de drogas y asuntos conexos en el Cercano Oriente y Oriente Medio » y el estudio de esos mismos problemas por un comité especial para la región

¹ División de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas (1972) *Expert Group on drugs in modern society; community reactions to drug use by young people*, Ginebra (documento SOA/ESOR/1972/7).

² Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes (1973) (documento E/5248, pág. 143, Resolución 10 (XXV)) (Consejo Económico y Social: *Documentos Oficiales*).

³ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (1973) *Documentos Oficiales*, 54º período de sesiones, *Resoluciones, Suplemento N° 1*, Documento E/5367, pág. 22 (Resolución 1781 (LIV)).

⁴ *Act. Of. Org. Mund. Salud*, 1973, N° 209, págs. 27 y 28 (Resolución WHA26.52).

⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 3014 (XXVII). En: *Documentos Oficiales de la Asamblea General*, vigésimo séptimo período de sesiones, suplemento N° 30 (A/8730), págs. 74 y 75.

⁶ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (1973) *Documentos Oficiales*, 54º período de sesiones, *Resoluciones, Suplemento N° 1*, Documento E/5367, pág. 21 (Resolución 1777 (LIV)).

del Lejano Oriente ; ¹ y d) se recomendaba a « los gobiernos que no son aún partes en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas ² que lo ratifiquen o se adhieran a él ». ³ En relación con el punto b) *supra*, el Comité quedó enterado con satisfacción de la reciente reunión de varios organismos de las Naciones Unidas, convocada por el Comité Administrativo de Coordinación, y en la que se recomendó el establecimiento de un comité consultivo interorganismos sobre fiscalización del uso indebido de drogas, que se encargaría de la coordinación de los programas en esa materia ; en relación con el punto d) *supra*, advirtió con decepción que sólo 13 países se habían adherido hasta ahora al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas y expresó la esperanza de que ese instrumento pueda entrar pronto en vigor. ⁴

3. JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACION DE ESTUPEFACIENTES

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha seguido desempeñando las funciones que le incumben en virtud de los tratados internacionales vigentes, a saber, limitar el consumo de estupefacientes a los usos médicos y científicos y aplicar, con carácter provisional, el Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas. En respuesta a las solicitudes formuladas por los gobiernos en las que pedían asistencia y asesoramiento técnicos para mejorar la eficacia de los sistemas de fiscalización de drogas, la Junta organizó durante el pasado año una serie de consultas y de misiones en los países.

4. ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACION, LA CIENCIA Y LA CULTURA

El Comité quedó enterado de que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura convocó el año pasado, con ayuda del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del

¹ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (1973) *Documentos Oficiales*, 54º período de sesiones, *Resoluciones, Suplemento N° 1*, Documento E/5367, págs. 21 y 22 (Resoluciones 1776 y 1780).

² Naciones Unidas (1971) *Conferencia de las Naciones Unidas para la Adopción de un Protocolo sobre Sustancias Sicotrópicas*, Viena (Documento E/CONF.58/6).

³ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (1973) *Documentos Oficiales*, 54º período de sesiones, *Resoluciones, Suplemento N° 1*, Documento E/5367, pág. 20 (Resolución 1773 (LIV)).

⁴ Para la entrada en vigor del Convenio se requiere la adhesión o ratificación de 40 países.

Uso Indebido de Drogas, tres reuniones en las que se examinaron varias cuestiones relacionadas con el uso extramédico de las drogas causantes de dependencia.¹

5. CONSEJO INTERNACIONAL SOBRE EL ALCOHOLISMO Y LAS TOXICOMANIAS

El Consejo Internacional sobre el Alcoholismo y las Toxicomanías ha seguido facilitando el contacto entre las personas que se ocupan de aliviar y reducir los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras drogas causantes de dependencia. Con este fin, se han organizado conferencias internacionales y regionales y reuniones de pequeños grupos de investigadores interesados en un tema concreto. Se ha prestado atención particular al uso extramédico de drogas en países de Africa con objeto de fomentar la preparación de nuevos y mejores programas en esos países.

PARTE II

PREVENCION

DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS

CON EL USO DE DROGAS

1. GENERALIDADES

El consumo de sustancias que modifican el estado de ánimo, la percepción o el comportamiento se ha practicado a lo largo de la historia y en todas las regiones del mundo con fines euforizantes, rituales o médicos. El uso de esas sustancias sin indicación médica justificada plantea con frecuencia diversos problemas tanto para el consumidor como para la sociedad en que vive.

¹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (1973) *Educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes especialmente en los países desarrollados*, París (Documento ED/MD/26, informe sobre una reunión); (1973) *Métodos para evaluar la acción de los grandes medios de información contra el uso indebido de estupefacientes*, París (Documento COM/MD/25, informe sobre una reunión); (1974) *Youth and the use of drugs in industrialized countries*, París (Documento ED/MD/34, informe sobre una reunión).

Nunca se insistirá bastante en la gravedad de los problemas sanitarios y sociales planteados, en la creciente inquietud que despiertan y en la importancia de aplicar medios más eficaces para evitarlos. La Asamblea General de las Naciones Unidas ¹ y las cuatro últimas Asambleas Mundiales de la Salud ² han manifestado en varias ocasiones su preocupación por estas cuestiones.

Se puede decir que existe un problema relacionado con las drogas cuando, en opinión de un agente u organismo, un fenómeno en relación presunta con las drogas produce o es susceptible de producir perjuicios u otras dificultades a un individuo o a una sociedad, aunque más adelante se compruebe que ese fenómeno no es nocivo o no está relacionado con el uso de la droga de que se trate.³ A la inversa, es probable que aún no se conozcan todos los fenómenos relacionados con drogas susceptibles de originar problemas. El peligro de algunos de esos fenómenos para la salud puede pasar desapercibido durante largo tiempo, como ha ocurrido con el consumo excesivo de cigarrillos. Cabe esperar por lo tanto, que a medida que progresen los conocimientos se sigan descubriendo nuevos problemas de este tipo y se revisen y modifiquen las antiguas nociones y preocupaciones.

El Comité estima que, en muchas regiones del mundo, el consumo de bebidas alcohólicas plantea problemas bastante más graves que el uso con fines no médicos de drogas causantes de dependencia, y menos aceptadas por la sociedad, como las anfetaminas, la cannabis, la morfina y otras de tipo análogo.

Los problemas humanos relacionados con el uso de drogas con fines no médicos pueden surgir principalmente a) de la interacción entre el individuo y la droga (por ejemplo, accidentes de tráfico o de otro tipo durante la intoxicación, alteraciones patológicas de los tejidos como trastornos pulmonares o hepáticos, o la muerte a causa de una dosis excesiva de heroína o de un barbitúrico); b) de la interacción entre el individuo y la sociedad (por ejemplo, estigma social o encarcelamiento por uso de drogas); o c) de una combinación de éstos y otros factores (por ejemplo, comportamiento ilegal o asocial, como robo o desertión, o infecciones provocadas por la

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas: Resolución 2719 (XV). En: *Documentos Oficiales de la Asamblea General*, vigésimo quinto periodo de sesiones, Suplemento N° 28 (A/8028), pág. 93; Resolución 2859 (XXVI). En: *Documentos Oficiales de la Asamblea General*, vigésimo sexto periodo de sesiones, Suplemento N° 29 (A/8429), pág. 100; Resolución 3014 (XXVII). En: *Documentos Oficiales de la Asamblea General*, vigésimo séptimo periodo de sesiones, Suplemento N° 30 (A/8730), pág. 74.

² *Act. Of. Org. Mund. Salud*, 1973, N° 209, pág. 27 (resolución WHA26.52); Organización Mundial de la Salud (1973) *Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo*, Vol. I, 1948-1972, pág. 123 (resoluciones WHA23.42 y WHA24.57); pág. 124 (resolución WHA25.62).

³ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, pág. 20 (sección 3).

utilización de drogas o jeringuillas contaminadas). Aunque relacionados con las drogas, estos problemas deben considerarse como problemas humanos y no simplemente como problemas de drogas. Los obstáculos con que tropieza su prevención y en particular la dificultad de imponer un control efectivo sobre la disponibilidad de drogas, tienen igualmente más que ver con las personas que con las drogas propiamente dichas.

1.1 Terminología

A los efectos del presente informe, el Comité ha aceptado las siguientes definiciones y acepciones.

Fármaco. « Se entiende por « fármaco » o « droga » toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones. » ¹

Farmacodependencia. « Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco ; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir acompañada o no de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos. » ²

Dependencia psíquica. Estado en el que un fármaco produce « una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que lleva a tomar periódica o continuamente el fármaco para experimentar placer o para evitar un malestar. » ³

Dependencia física. « Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la toma del fármaco... Estos trastornos, es decir los síndromes de interrupción o de abstinencia, se manifiestan en forma de conjuntos de síntomas y signos de naturaleza psíquica y física que son característicos de cada tipo de fármaco. » ³

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1969, N° 407, pág. 6 (sección 1.1). Esta definición es intencionadamente más amplia que la de los medicamentos, que se utilizan siempre « en beneficio del individuo ». Véase *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1966, N° 341, pág. 7 (sección 2).

² *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1969, N° 407, pág. 6 (sección 1.1).

³ Eddy, N. B., Halbach, H., Isbell, H. y Seevers, M. H. (1965) *Bull. Org. mond. Santé — Bull. Wld Hlth Org.*, 22, 723.

Droga causante de dependencia. « Es aquella cuya interacción con un organismo vivo puede provocar un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos. Esa droga puede utilizarse con fines médicos o no médicos sin producir necesariamente ese estado. Una vez que aparece la farmacodependencia, sus características varían con el tipo de sustancia empleada. Algunas drogas, como las que existen en el té o en el café, pueden producir dependencia en el sentido más amplio, situación que no es necesariamente nociva en sí. En cambio, existen varios tipos de drogas que, al estimular o deprimir sensiblemente el sistema nervioso central, o alterar la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento, el comportamiento o la función motora, están generalmente reconocidas como capaces de plantear, en determinadas circunstancias de empleo, problemas individuales, sanitarios y sociales. Las drogas de los tipos que a continuación se mencionan pueden causar efectos considerables y problemas de la índole indicada. A los efectos del presente informe, la expresión « droga causante de dependencia » se aplica a cualquiera de las drogas de los tipos siguientes :

1) tipo alcohol-barbitúrico — p.e., etanol, barbitúricos y algunos otros fármacos con efectos sedantes, como el hidrato de cloral, el clordiacépoído, el diazepam, el meprobamato y la metacualona ;¹

2) tipo anfetamina — p.e., anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato y fenmetracina ;

3) tipo cannabis — preparaciones de *Cannabis sativa L.*, como marihuana (bhang, dagga, kif, maconha), ganka y hashish (charas) ;

4) tipo cocaína — cocaína y hojas de coca ;

5) tipo alucinógeno — p.e., lisérgida (LSD), mescalina y psilocibina ;

6) tipo khat — preparaciones de *Catha edulis Forssk* ;

7) tipo opiáceo (morfina) — p. e., opiáceos como la morfina, la heroína y la codeína y productos sintéticos con efectos morfínicos, como la metadona y la petidina ; y

8) tipo solvente volátil (inhalable) — p.e., tolueno, acetona y tetracloruro de carbono. »²

Tabaco. « Aunque no figura en ninguno de los grupos citados, se trata sin duda de una sustancia causante de dependencia, que puede provocar daños

¹ Aunque la intoxicación y la interrupción de la toma presentan signos y síntomas muy semejantes, ya se trate del alcohol o de barbitúricos, el Comité los ha examinado por separado desde el punto de vista preventivo ya que su consumo plantea problemas psicológicos y sociales diferentes.

² *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, págs. 18-19 (sección 3). Para un examen más completo de este punto véase, por ejemplo, Eddy, N. B., Isbell, H. y Seevers, M. H. (1965) *Bull. Org. mond. Santé — Bull. Wld Hlth. Org.*, 32, 721-733.

físicos en el consumidor y que por lo generalizado de su uso plantea un problema de salud pública. Sin embargo, a diferencia de los tipos de drogas causantes de dependencias, que acaban de mencionarse, su acción estimulante o depresora del sistema nervioso central es relativamente escasa y son pocos los trastornos que produce en la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento, el comportamiento o la función motora. Los efectos psicotóxicos del tabaco, aún consumido en grandes cantidades, son ligeros en comparación con los de las drogas antes enumeradas. Por ello, la dependencia respecto del tabaco, tal vez la forma más generalizada de dependencia de una droga, no se examina especialmente en el presente informe, que se limita al uso de drogas causantes de dependencia capaces de provocar importantes efectos psicotóxicos. » ¹

Uso de drogas con fines no médicos. « Utilización, sin indicación médica, de drogas de los tipos mencionados que causan dependencia. » ¹

Fiscalización. « Legislación nacional o acuerdo internacional que regula y restringe la producción, la circulación y el empleo de fármacos según las necesidades médicas y científicas, en beneficio de la salud pública y con objeto de evitar los problemas relacionados con el uso de drogas con fines no médicos. » ²

Epidemiología. « Estudio de la distribución de una enfermedad o un trastorno en una población y de los factores que influyen en esa distribución. » ³

Tasa de incidencia. « Frecuencia con que aparecen enfermedades o trastornos durante un periodo determinado en la población expuesta. » ³

Tasa de prevalencia. « Hay dos índices de prevalencia :

a) Prevalencia en un momento determinado : número de casos existentes en un momento determinado dentro de una población de tamaño conocido.

b) Prevalencia en un periodo determinado : número de casos existentes durante un periodo de observación que se expresa en relación con una población de tamaño conocido. » ³

Registro central de casos. « Inscripción oficial de los « casos » en un registro llevado por un organismo « central ». Un « caso » puede ser, por ejemplo, un enfermo con una dolencia diagnosticada, una persona con signos o síntomas identificados, o cualquier individuo que haya mostrado

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 516, págs. 9-10 (sección 2.1).

² Basado en una definición de *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1969, N° 407, pág. 6 (sección 1.1).

³ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, pág. 19 (sección 3).

un comportamiento especial, por ejemplo, consumo de drogas causantes de dependencia, o que haya estado implicado en un incidente particular como haber sido detenido. Para mantener un registro de esta índole es preciso que uno o varios individuos o instituciones notifiquen datos concretos a un organismo central. En el registro central de casos puede figurar una información limitada o más detallada acerca de la persona o « caso » de que se trate. Los datos deben inscribirse en una ficha uniforme. Los archivos llevados por un centro de tratamiento o por un investigador particular no se pueden considerar como un registro central de casos. »¹

La *prevención primaria* tiene por objeto evitar la aparición de un proceso o problema.

La *prevención secundaria* tiene por objeto descubrir y acabar con un trastorno, proceso o problema lo antes posible o remediarlo parcialmente.

La *prevención terciaria* tiene por objeto detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y de sus secuelas aun cuando persista la dolencia básica.

1.2 Objetivo central del informe

Son numerosas las normas fijadas con carácter oficial o no, y las medidas adoptadas para lograr la prevención completa o reducir la gravedad de los problemas individuales y sociales relacionados con el uso de diversos tipos de drogas causantes de dependencia.² Muchos de los principios y programas actuales se basan en supuestos y objetivos divergentes y a veces contradictorios, incluso dentro de una misma colectividad. Por ejemplo, algunos programas se basan en la creencia de que el consumo se drogas, especialmente cuando *la droga o la forma de consumo son objeto de repro-bación social*, es en la mayoría de los casos un problema moral, mientras que otros programas parecen fundarse en el supuesto de que el uso de drogas se debe principalmente a deficiencias individuales o sociales. El objetivo que consiste en reducir los costes sanitarios o de otra índole de los problemas relacionados con el alcohol suele estar en conflicto con el objetivo de individuos, empresas y gobiernos de obtener beneficios o ingresos. Por desgracia, aún no se ha evaluado suficientemente la eficacia de muchos métodos y

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, págs. 19-20 (sección 3).

² Por ejemplo, los de los tipos alcohol-barbitúricos, anfetamina, cannabis, cocaína, alucinógeno, opiáceo, khat (morfina) y solvente volátil (inhalable). Véase Eddy, N. B., Halbach, H., Isbell, H. y Seevers, M. H. (1965) *Bull. Org. mond. Santé — Bull. Wld Hlth Org.*, 32, 721-733; *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, pág. 14 (sección 2.1).

programas para alcanzar los objetivos previstos. De hecho, esos objetivos son con frecuencia imprecisos y más implícitos que explícitos.

En el presente informe se subrayará repetidas veces la inutilidad o incluso el peligro de recomendar o aplicar medidas preventivas para la solución de problemas relacionados con las drogas antes de que *a)* se haya dado a las metas generales y a los objetivos más específicos una expresión lo más cuantitativa y mensurable posible y *b)* se haya estudiado atentamente la posibilidad de que se produzcan involuntariamente efectos secundarios perjudiciales. Una medida adoptada para prevenir un problema relacionado con la droga puede en realidad agravar otros problemas. Es, pues, evidente que, en cada grupo social, los responsables de la adopción de decisiones han de conocer a fondo la dinámica de los factores que en cada caso particular se modifican mutuamente y han de fijar objetivos concretos que puedan alcanzarse en plazos fijos, y según un orden de prioridad adecuado, para resolver los problemas que afecten a determinados grupos. Pero, incluso cuando se den esas condiciones, no se podrán adoptar medidas importantes si la sociedad no tiene la voluntad, los conocimientos y la capacidad necesarios para emprender programas de prevención eficaces.

La finalidad del presente informe es evaluar el estado de los conocimientos sobre la prevención de los *problemas relacionados con el uso de drogas psicoactivas causantes de dependencia* tomadas al margen de la práctica médica aceptable. El Comité señaló que el tema central de sus deliberaciones era la prevención de esos problemas o la reducción de su incidencia y gravedad y no simplemente la prevención o la reducción del uso de las drogas. Este último es sólo uno de los medios posibles, con frecuencia muy importante, de abordar el problema de la prevención cuando cualquier uso médico de una droga va asociado a la aparición sumamente probable de graves problemas; además de la prohibición, hay muchos otros medios de prevenir o paliar los problemas relacionados con el consumo de drogas.

Exige mención especial un problema relacionado con el uso extramédico de las drogas: la farmacodependencia, definida en la sección 1.1. Las características del estado de farmacodependencia, una vez que se presenta, dependen del tipo de droga utilizada. Si se trata de drogas de los tipos enumerados en la página 16 las características de la farmacodependencia pueden ser tan patentemente nocivas que la prevención de la dependencia en sí es un factor que influye de manera decisiva en la actitud de la sociedad ante el uso de esas drogas. Al tratar de proceder a una evaluación de los medios de prevenir o paliar los problemas relacionados con el uso extramédico de las drogas, el Comité no ha pretendido examinar todos los problemas de este tipo que puedan presentarse con diferentes drogas, y en distintos individuos y localidades. Se ha procurado, más bien, establecer algunos principios generales de prevención que puedan ser útiles a las personas encargadas de

formular normas y adoptar decisiones racionales en este sector. Desde el punto de vista práctico, cada problema se ha de abordar habida cuenta de los demás problemas que también exigen la atención y los recursos de la sociedad y teniendo además muy presentes la naturaleza específica del problema, las circunstancias, las actitudes y el marco institucional concreto, el momento y el lugar en que se manifiesta el problema, así como las personas y las drogas de que se trate.

El Comité no ignora que el principio precedente, sobradamente conocido, es aplicable a la solución de muchos problemas sanitarios, sociales y de otra índole. No obstante, vale la pena destacarlo en el presente informe pues, con frecuencia, no se tiene en cuenta cuando se preparan programas relativos a la farmacodependencia. Tal vez esto se deba en parte a que los problemas relacionados con la utilización de drogas con fines no médicos son « una cuestión con una gran carga emocional, pues afecta a grupos como la juventud y a valores como la moral, la religión, y la ley, que para la mayoría de las sociedades revisten una gran importancia ».¹

1.3 Principios de programación

La naturaleza de los métodos y de las actividades destinados a prevenir o reducir la gravedad de los problemas relacionados con el uso extramédico de drogas causantes de dependencia depende de la naturaleza y la gravedad de los efectos inmediatos y a largo plazo y de las creencias y actitudes predominantes en lo relativo a las causas del consumo de drogas, y en particular de las creencias de las personas encargadas de la formulación de los programas. Esas creencias están muy influidas por el sistema general de valores de la colectividad que supone la adopción de criterios sobre : « 1) el valor que se atribuye a la posesión de bienes materiales y a las creencias y experiencias espirituales, culturales y tradicionales, 2) la importancia de los derechos, prerrogativas y responsabilidades individuales frente a los de la sociedad, 3) la naturaleza de las prácticas que se consideran « buenas » o « malas » y 4) el significado y el valor de la propia vida ».²

En anteriores informes de grupos de expertos de la OMS³ se resumen los motivos y las hipótesis que se han propuesto para explicar el comienzo y la continuación de las diversas formas de uso extramédico de drogas observadas en todo el mundo. En el presente informe (sección 2) se resumen estos puntos, no con la intención de presentar una hipótesis como verda-

¹ *Act. Of. Org. Mund. Salud*, 1963, N° 205, pág. xv.

² Cameron, D. C. (1970) *Bull. Org. mond. Santé — Bull. Wld Hlth Org.*, 43, 591.

³ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1970, N° 460, pág. 12 (sección 3.1.1); 1971, N° 478, pág. 16 (sección 3.2); 1973, N° 516, pág. 19 (sección 3.1).

dera y otra como falsa, o de llegar a una conclusión definitiva, sino de señalar su relación con diversos programas y métodos de prevención y de poner de manifiesto que los principales factores causantes y precipitantes del consumo de drogas pueden diferir, al menos parcialmente, según las drogas, los grupos de población, las sociedades, las épocas y los problemas concomitantes.

El uso con fines no médicos de drogas causantes de dependencia y los problemas consiguientes están influidos por *a)* las características y experiencias de los usuarios ; *b)* las propiedades de las drogas y la cantidad, la forma, la frecuencia y la duración del uso ; y *c)* el medio social, cultural y económico y las circunstancias del uso.

2. FACTORES RELACIONADOS CON EL USO EXTRAMEDICO DE DROGAS

1. Factores generales

La disponibilidad de drogas causantes de dependencia es una condición necesaria, pero no suficiente, para su uso. La intervención de un gran número de variables de índole personal y ambiental se ha sugerido para explicar por qué algunas personas empiezan a usar drogas y otras no, y por qué algunas dejan de tomarlas o las utilizan moderadamente, mientras que otras avanzan hasta un estado de farmacodependencia. Es evidente, sin embargo, que, si bien la aceptación social, la fácil disponibilidad, las malas condiciones del medio y la patología individual pueden aumentar la probabilidad del uso y de la dependencia de las drogas, esos factores no aseguran que ese comportamiento se producirá en una persona determinada. La imposibilidad de especificar una serie de condiciones suficientes para que aparezca el uso o la dependencia de las drogas es una limitación manifiesta en la busca de medidas preventivas.

El Comité comparte la opinión del Grupo de Estudio de la OMS sobre la Juventud y las Drogas ¹ de que no ha podido demostrarse la existencia de una « causa » única del consumo de drogas, pero que las personas que consumen drogas causantes de dependencia parecen hacerlo por una gran diversidad de razones expresas o, tal vez, inconscientes, en diversos momentos. « Sin embargo, para que se inicie y continúe el consumo de drogas con frecuencia aparecen uno o varios de los motivos siguientes : 1) satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas ; 2) adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser « aceptado » por otros ; 3) expresar independencia y, a veces, hostilidad ; 4) tener experiencias placenteras, nuevas,

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 516.

emocionantes o peligrosas ; 5) adquirir un estado superior de « conocimiento » o de « capacidad creadora » ; 6) provocar una sensación de bienestar y tranquilidad ; y 7) escapar de algo.

Debe advertirse que todos esos motivos ni se hallan necesariamente asociados a la psicopatología individual ni a influencias sociales adversas. Se encuentran tanto en las personas normales como en las anormales, estén o no satisfechas con la estructura social y con su propia situación. Además, esos motivos no conducen necesariamente a consumir drogas ; en realidad, pueden inducir a la mayoría de las personas a obtener satisfacciones en actividades no relacionadas con el uso de drogas.

« La curiosidad es una de las características más notables del hombre ; aparece desde el comienzo de la vida y provoca una extensa conducta exploratoria. Por consiguiente, no es extraño que muchos jóvenes deseen probar ciertas drogas para determinar por sí mismos sus efectos. Como gran número de jóvenes empiezan por probar las drogas en grupo, sobre todo el alcohol y la cannabis, el neófito puede observar que al tratar de satisfacer su curiosidad puede también adquirir la sensación de « pertenecer » al grupo, de asumir independientemente la responsabilidad de sus propias acciones, o ambas cosas. Naturalmente, el primer ensayo o los subsiguientes pueden estar más relacionados con la necesidad de ser aceptado como persona o con una sensación de independencia que con la curiosidad. Es comprensible que estos importantes factores, reforzados por los efectos farmacológicos y de otra índole que producen las drogas causantes de dependencia, hagan a estos productos atractivos para algunas de las personas que los prueban. Esas posibles propiedades farmacodinámicas de los distintos tipos de drogas causantes de dependencia son : alivio del dolor, la ansiedad, el miedo, las inhibiciones y la pasividad exagerada ; sensación de bienestar, relajación y embotamiento de la conciencia ; sensación de alivio de la fatiga y mayor capacidad de percepción de estímulos externos e internos, sensoriales y de otros tipos, a veces con gran intensidad ; sensación de mayor inteligencia, perspicacia o capacidad creadora y producción de estados oníricos o eufóricos. » ¹

Además de la influencia que pueden ejercer los factores mencionados — así como los indicados en las secciones 2.2-2.4 — sobre la iniciación, la continuación, la interrupción y la reanudación del uso de drogas, se ha observado que las *trabas sociales* pueden tener un efecto importante sobre la disminución o el aumento del uso de drogas. Las trabas sociales pueden ser *primarias*, y tener su origen en la familia o en las relaciones personales, o *secundarias*, y derivarse de las leyes, los hábitos y las *costumbres* de la colectividad en la que una persona vive. Un ejemplo del efecto positivo de

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 516, págs. 19-20 (sección 3.1).

esas trabas es la baja prevalencia de problemas relacionados con el alcohol entre las personas de ascendencia judía. Asimismo, el uso habitual de cannabis es muy frecuente en ciertas regiones rurales de algunos países, pero la desaprobación por parte de la colectividad basta por lo general para evitar el « uso intenso ».¹

Por el contrario, cuando las trabas sociales se relajan o desaparecen (sea a causa de la migración, el cambio sociocultural rápido o la guerra), no son infrecuentes los casos de uso desordenado de drogas. En varios países se han visto ejemplos de esos efectos negativos.²

Uno de los estudios más reveladores sobre la importancia de los estabilizadores sociales es la reciente encuesta efectuada entre los soldados del Ejército de los Estados Unidos de América que combatieron en Viet-Nam. La gran mayoría de los que eran dependientes de la heroína en Viet-Nam abandonaron el uso de narcóticos después de regresar a su país.³ En un contexto diferente es interesante señalar el contraste entre las pequeñas cantidades de cannabis usadas de ordinario en los Estados Unidos de América y las cantidades relativamente grandes consumidas por una parte del personal militar de los Estados Unidos destacado en la República Federal de Alemania y en Viet-Nam.⁴

La ausencia de trabas sociales eficaces puede ser el resultado de cambios que normalmente se consideran beneficiosos. Por ejemplo, varios observadores han indicado que el movimiento « hippie » y el uso de drogas a él asociado, han sido posibles, en parte, por la prosperidad de una generación de jóvenes que podían permitirse aplazar las responsabilidades económicas normales de los adultos. En general, los factores que relajan la estructura social y reducen las exigencias sociales van a menudo acompañados de una desviación de las normas sociales, de la que es un ejemplo el uso « excesivo » de drogas. Esto es particularmente evidente entre los jóvenes que abandonan la escuela prematuramente.

En una publicación anterior de la OMS ⁵ se han señalado tres formas de consumo de drogas. El *consumo experimental* consiste en probar una droga

¹ Chopra, I. C. y Chopra, R. N. (1957) *Bull. Narcot.*, 9 (1), págs. 4-29 ; Roland, J. L. y Teste, M. (1958) *Maroc méd.*, 37, 694-703.

² Asuni, T. (1964) *Bull. Narcot.*, 16 (2), págs. 17-28 ; Parot, A. (1942) *Ann. méd. psychol.*, 1, 1-24 ; Tanner, R. E. S (1966) *Int. J. Addict.*, 1, 9-29.

³ Robins, L. N. (1973) *A follow-up of Vietnam drug-users, interim final report*; Washington, D.C., Special Action Office for Drug Abuse Prevention (Special Action Office Monograph, Series A, N° 1).

⁴ Tenant, F. S., Preble, M., Prendergast, T. A. y Ventry, P. (1971) *J. Amer. med. Ass.*, 216, 1965-1969 ; Special Subcommittee of the Committee on Armed Services, House of Representatives (1971) *Inquiry into alleged drug abuse in the armed services, in the 91st, Congress, 2nd Session*, Washington, D.C., US Government Printing Office.

⁵ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 516, págs. 17-18 (sección 2.3.3).

causante de dependencia una vez o varias, sin continuar después. El *consumo ocasional o por placer* se refiere al uso intermitente de drogas sin que se desarrolle un estado de dependencia psíquica o física. El *consumo por personas farmacodependientes* implica un impulso irreprimible a tomar un fármaco a « fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación ».¹ A continuación se analizan los factores personales y ambientales que intervienen en esas formas diferentes de consumo de drogas, con objeto de examinar en secciones subsiguientes los métodos más adecuados de intervención o de prevención.

2.2 Consumo inicial y experimental

En general, el uso extramédico de drogas causantes de dependencia se inicia con más frecuencia en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, si bien en algunos casos la iniciación puede ser más común en grupos de más edad, como sucede, por ejemplo, con la ingestión de sedantes y tranquilizantes. En parte, la tendencia comprobada a iniciar el uso de drogas en la juventud puede ser un factor determinante de la continuidad del comportamiento individual, igual que una persona que no toma drogas en la juventud continúa absteniéndose por las mismas razones en la edad adulta. En cambio, el afán de correr riesgos y una tendencia hacia la rebelión figuran entre los indicios que mejor permiten identificar a los que iniciarán más tarde el uso ilícito de drogas,² y esos riesgos son, por supuesto, más evidentes entre los adolescentes en general que entre los adultos. Los jóvenes que inician el consumo ilícito de drogas son también más propensos a manifestar otras formas de desviación, por ejemplo, la falta de asistencia a la escuela y la promiscuidad sexual. En la mayoría de las sociedades es mucho más probable que sean los hombres y no las mujeres quienes inicien el uso de drogas, aunque esa tendencia no es tan evidente en el reciente aumento del uso observado entre los jóvenes europeos y norteamericanos. El consumo de alcohol es tan endémico en la mayoría de las sociedades que es innecesario cualquier comentario sobre el consumo inicial o experimental. La experimentación con cannabis se acerca a esa situación en algunas regiones.

Además de los factores de edad y sexo, la baja situación social y económica ha guardado tradicionalmente una estrecha relación con la iniciación del uso extramédico de la mayoría de las drogas distintas del alcohol.

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1969, N° 407, pág. 6 (sección 1.1).

² Smith, G. M. (1973) Statement on the antecedents of teenage drug use before the Committee on Problems of Drug Dependence, National Academy of Sciences/National Research Council, Estados Unidos de América, 21-23 de mayo de 1973.

Incluso en las sociedades donde se ha permitido o tolerado el uso de la cannabis y del opio, la práctica estaba generalmente mal vista, y se limitaba en gran parte a las clases más pobres de la población. En muchos de esos casos, se promulgaron leyes que prohibían el uso, lo cual contribuyó a crear una diferenciación de clase entre usuario y no usuario. El reciente aumento de la prevalencia, sin embargo, se ha caracterizado por una inversión de la situación, por lo que se refiere a su relación con la droga, entre las clases baja, media y alta, por lo menos en Norteamérica.¹ Los individuos pertenecientes a las clases medias y altas han tenido más probabilidades de iniciar el uso de cannabis y alucinógenos que los grupos socioeconómicos más bajos y minoritarios. Sin embargo, esta evolución debe considerarse teniendo en cuenta lo que hay de caprichoso en el uso de algunas drogas y su asociación frecuente en ciertos países con actitudes rebeldes.

La razón citada con más frecuencia para iniciar el uso de una droga es probablemente la curiosidad acerca de sus efectos. Otros factores son el deseo de ser considerado como un «adulto» o como una persona con mucho mundo y el afán de experiencias nuevas y placenteras, características normales de los adolescentes. La amistad con consumidores de drogas hace también muy probable la iniciación y la extensión del uso.²

Como se ha indicado antes, entre otras razones para la iniciación cabe citar la necesidad de ser aceptado por otros, el alivio de la ansiedad y la busca de experiencias nuevas o emocionantes, de lucidez o de capacidad creadora. En algunas sociedades se inicia a menudo el consumo de drogas como autotratamiento con el fin de aliviar o prevenir diversos síntomas, de superar el hambre o la fatiga, o por la creencia de que ciertas drogas aumentan la capacidad o el placer sexual. La iniciación puede tener también su origen en motivos religiosos, como una ayuda para la meditación o la elevación a un estado místico.

Algunos de los factores etiológicos del consumo de drogas pueden atribuirse al azar : por ejemplo, el azar histórico de que una determinada droga se introdujera en la sociedad ; la casualidad de que un habitante de la India elija un trabajo o una religión que lleven consigo un uso muy frecuente de cannabis ; el azar de que un estudiante sea asignado a un pupitre vecino al de un usuario de drogas ; o el azar de que un adolescente viva en un periodo en el que se combinan varios factores para provocar la moda del consumo de drogas entre los jóvenes de la clase media.

¹ Estados Unidos de América, Secretaría de Salud Pública, Educación y Asistencia Social (1973) *Third annual report to the U.S. Congress on marihuana and health* (documento multicopiado).

² Kandel, D. (1973) *Science*, **181**, 1067-1070.

2.3 Consumo casual

Las bebidas alcohólicas y las preparaciones de cannabis son las drogas causantes de dependencia que se usan más a menudo de una manera casual o por placer.¹ La importancia de la dependencia entre los consumidores de alcohol varía según los países. El consumo medio de 150 ml de alcohol absoluto por día, durante periodos prolongados, tiende a producir manifestaciones clínicas adversas y alteraciones del comportamiento y en particular la dependencia y la cirrosis hepática. El porcentaje de personas consumidoras de alcohol con ese grado de ingestión varía de 1 % a 9 %, según el país de residencia (véase la sección 3.5.1 a)). En otras palabras, la mayoría de las personas que consumen alcohol lo hacen a título experimental o casual. Ello no disminuye la gravedad de los problemas relacionados con cierto uso casual o dependiente del alcohol.

La Comisión de Drogas del Cáñamo Indio llegó a la conclusión de que los usuarios « excesivos » representaban alrededor del 5 % de la población de fumadores de ganja (cannabis).² De igual modo, la gran mayoría de los individuos afectados por el aumento del uso de cannabis en Europa y Norteamérica pueden considerarse como usuarios casuales.³ El uso extramédico de opiáceos provoca fácilmente la dependencia de ese tipo de sustancias (como la morfina) a causa de su capacidad a) para producir un estado mental que es muy apreciado por muchos usuarios y b) para inducir dependencia física cuando se usa regularmente durante un periodo de tiempo relativamente corto. Sin embargo, muchas personas toman drogas del tipo opiáceo de una manera ocasional sin volverse dependientes. Lo mismo puede decirse de las drogas del tipo de la cocaína y las anfetaminas. Ello no obstante, la dependencia de estas últimas, igual que con las drogas de tipo opiáceo, aparece a menudo, con bastante rapidez, especialmente cuando se emplea la administración intravenosa, y ello a pesar del hecho de que el uso de cocaína no causa dependencia física y lo mismo sucede prácticamente con las drogas del tipo de las anfetaminas.

El que una persona siga utilizando una sustancia, una vez probada, viene determinado por el grado en que a) la droga refuerza alguna función importante desde el punto de vista personal o social y b) el uso produce algún cambio físico, psicológico o social deseado, sea real o imaginario,

¹ Cierta uso del tabaco es sin duda casual, pero en la mayoría de los casos se basa en la dependencia o en una necesidad irreprimible. Sin embargo, el tabaco se excluye del presente informe por las razones citadas en la sección 1.1.

² Indian Hemp Drugs Commission (1894) *Indian Hemp Drugs Commission Report, 1893-1894*, Reproducido en 1969 en : *Marihuana*, Silver Spring, Md., Jefferson.

³ United States National Commission on Marihuana and Drug Abuse (1973) *Second Report. Drug use in America : problem in perspective*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, págs. 63-67.

que es percibido como más agradable que desagradable, más deseable o funcional que indeseable o disfuncional. Sin embargo, lo que una persona percibe como deseable y funcional no corresponde necesariamente a lo que percibe otra, ni a las normas sociales aceptadas. *Las principales razones que se aducen para seguir utilizando una droga determinada más allá de la fase de experimentación son el placer o la evitación de molestias, así como la facilitación de la integración social, sea en el plano del grupo o en el plano interpersonal.* Otras razones del uso prolongado comprenden la relajación y el alivio de frustraciones y hastíos normales. En algunos casos, las drogas pueden usarse de forma casual como automedicación, con fines religiosos o para aliviar la fatiga y conseguir un aumento de la sensación de resistencia.

Las razones para seguir usando una droga pueden estar relacionadas o no con las razones de su uso inicial o experimental. Si las drogas se toman con el propósito consciente o inconsciente de aliviar los problemas personales, y si estos problemas persisten, algunos de los usuarios pueden tender a aumentar la dosis en una busca continua de alivio; ese uso continuo y creciente lleva a la dependencia. Asimismo, en el proceso del consumo, una droga puede llegar a desempeñar una función nueva o adicional, lo que puede conducir al uso casual prolongado, a la intensificación hasta el uso dependiente o al abandono del uso. Lo que comenzó como una curiosidad puede proseguirse porque es agradable, facilita la aceptación en un grupo, permite la interacción social, procura al usuario una sensación de mayor bienestar o comodidad, o evita las molestias mentales o físicas asociadas con la privación de la droga.

2.4 Consumo dependiente

Son muchos los factores etiológicos que se han considerado como posibles para explicar la progresión del uso experimental o casual al consumo dependiente. Igual que en lo que se refiere al uso inicial o casual, no se ha comprobado la existencia de una sola «causa» de dependencia. A este respecto, el Comité está de acuerdo con las opiniones formuladas en su octavo informe: ¹ «Para comprender la naturaleza de la farmacodependencia es indispensable conocer la interacción farmacológica entre la droga y el organismo y la interacción entre éste y el medio ambiente. Esta intervención de factores farmacológicos, humanos y ambientales obliga a retener las siguientes hipótesis entre las muchas que se han propuesto para explicar la etiología de los diversos tipos de farmacodependencia.

1) La farmacodependencia es una manifestación de algún trastorno caracterológico subyacente que impulsa al sujeto a buscar una satisfacción

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1971, N° 460.

inmediata, aun a costa de sufrir posibles consecuencias adversas a largo plazo y, en lo inmediato, de abdicar de sus responsabilidades de adulto.

2) La farmacodependencia es la expresión de una conducta delictiva o desviada en la que el sujeto busca su propio placer sin tener en cuenta para nada las convenciones sociales. Según esta hipótesis, el problema sería primordialmente de orden moral.

3) La farmacodependencia es la consecuencia de una tentativa de automedicación por parte de personas a) que padecen conflictos psíquicos tales como los que se observan normalmente en la adolescencia o los resultados de dificultades sociales o económicas, frustraciones o fracasos, o bien trastornos más persistentes como los provocados por la depresión, la angustia crónica u otros procesos psiquiátricos ; b) que sufren malestar físico, por ejemplo, hambre, fatiga crónica o alguna enfermedad ; c) que creen que la droga posee virtudes especiales para evitar enfermedades o para aumentar le potencia sexual.

4) La farmacodependencia es el medio por el que un sujeto, particularmente un inadaptado social, logra ser aceptado en un medio cultural marginal.

5) La farmacodependencia es la manifestación de una lesión metabólica reversible o permanente, causada por el consumo repetido de dosis elevadas de una droga.

6) La farmacodependencia expresa una rebelión contra los valores sociales establecidos en relación con el placer, la tradición, el éxito y la posición social.

7) Incluso en ausencia de un estado psicopatológico preexistente, la farmacodependencia podría ser el resultado de la adquisición de un complejo conjunto de respuestas operativas y clásicamente condicionadas. Según esta hipótesis, no sería más que una forma de comportamiento adquirido por aprendizaje.

8) Incluso en ausencia de un estado psicopatológico subyacente, la farmacodependencia podría ser el resultado de presiones socioculturales conducentes al abuso de ciertas sustancias, por ejemplo el alcohol.

9) Cualquiera de estos factores o incluso todos ellos pueden formar parte de los mecanismos etiológicos de la farmacodependencia en un sujeto determinado.»¹

Otro factor que se ha sugerido a raíz de investigaciones recientes y relacionado con el punto 5) es que las diferencias genéticas individuales y otros

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1971, N° 460, págs. 12-13 (sección 3.1.1).

caracteres biológicos pueden guardar relación con la probabilidad de volverse farmacodependiente y de sufrir los efectos adversos de un medicamento.¹

Como se ha indicado antes, la *dependencia* de las drogas del tipo de que se trata en el presente informe plantea problemas tan numerosos y a menudo tan graves que la prevención de este estado puede ser en sí un objetivo suficiente de muchas actividades preventivas. Esto es particularmente cierto en el caso de drogas (por ejemplo, las bebidas alcohólicas y las preparaciones de cannabis²) que se usan profusamente de manera experimental o casual en muchos lugares sin perjuicio sensible para la *mayoría* de los usuarios, pero no para todos, al menos en lo que respecta a las interacciones entre hombre y droga. (Por supuesto, muchos usuarios experimentales o casuales de esas drogas se harán dependientes de ellas, con todos los problemas que ello implica para los individuos y para la sociedad.) En un país donde esté muy extendido el uso de una determinada droga, y donde la mayoría de los usuarios no sufran directa y personalmente daños por ese uso, el objetivo puede ser prevenir la dependencia y los problemas que acarrea más que prevenir o prohibir el uso de la droga, sobre todo teniendo en cuenta que este último objetivo es a menudo irrealizable. Los enérgicos intentos para imponer la prohibición frente a una demanda local considerable e insistente han resultado políticamente irreales e incluso poco útiles, como se comprobó con el intento de prohibir el uso del alcohol en los Estados Unidos de América y en Noruega y del opio y los opiáceos en Irán y Tailandia. Los efectos secundarios imprevistos de los intentos de prohibición pueden ser por lo menos tan perjudiciales como los problemas relacionados con la forma original de consumo de la droga. En esas condiciones, un objetivo adecuado, entre otros, podría ser intentar la adopción de principios y prácticas de carácter preventivo que mantengan la tasa de dependencia entre los usuarios al nivel más bajo posible, es decir, mantener una tasa de ataque baja entre las personas expuestas. Como se verá en la sección 3.6.1, la « tasa de ataque »³ de dependencia del alcohol entre los bebedores es de 9,5 a 10 veces más alta en unos países que en otros. Los factores directamente relacionados con esas diferencias merecen un estudio detenido.

¹ Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S. B. y Winokur, G. (1973) *Arch. gen. Psychiat.*, **28**, 238-243; Mendelson, J. H. y Mello, N. K. (1973) *Science*, **180**, 1372-1374; Schukit, M. A., Goodwin, D. A. y Winokur, G. (1972) *Amer. J. Psychiat.*, **128**, 1132-1136.

² *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1971, Nº 478, pág. 35 (sección 4.4.3).

³ Suponiendo que un determinado grupo de personas estén expuestas a una droga durante un periodo de tiempo definido y, por lo tanto, « en peligro » de volverse dependientes de ella o de sufrir algún otro problema relacionado con la droga, la expresión « tasa de ataque » tal como se emplea en este informe significa la proporción de esas personas que se vuelven efectivamente dependientes o que sufren esos problemas.

2.5 Interrupción del consumo

El uso extramédico de drogas se interrumpe sobre todo después del consumo experimental o de un periodo relativamente corto de consumo casual. Esto es aplicable tanto a las drogas socialmente aceptables o toleradas como a las de uso no tolerado. A menudo el usuario de una droga cesa de tomarla por *a*) falta de interés, *b*) preocupación por su propio bienestar, o *c*) preocupación por la reacción de otras personas. Puede influir también la intervención de los padres, los amigos, el personal de salud y las autoridades.

La probabilidad de la interrupción, igual que la progresión hacia el consumo dependiente, varía con las diversas drogas. El uso de alucinógenos muy activos como la lisérgida (LSD) parece ser en cierto modo autolimitador en cuanto a la frecuencia y la duración.¹ Esas drogas no son modificadores seguros del estado de ánimo, y su utilidad para producir experiencias placenteras únicas disminuye con el uso prolongado. Es frecuente el consumo de grandes cantidades de alcohol, de forma episódica, durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, pero el consumo se reduce o se suspende cuando el individuo asume responsabilidades familiares o de otro tipo propias del adulto.² Por otra parte, tanto el alcohol como la cannabis pueden usarse de una forma casual o dependiente durante muchos años, y no es raro que esa práctica dure toda la vida, especialmente en los países donde el uso de esas drogas es una antigua tradición. La dependencia de los opiáceos se considera en general como un fenómeno duradero, pero los datos relativos a los ex combatientes del Ejército de los Estados Unidos de América que regresan del Viet-Nam indican que el uso, durante un periodo relativamente corto, puede interrumpirse voluntariamente a raíz de un cambio favorable de las condiciones del medio, de una modificación de las trabas sociales y de una disminución de la disponibilidad. Esta observación revela la importancia de los esfuerzos destinados a intervenir rápidamente. Existen también indicios de que algunos usuarios de opiáceos llegan a una especie de saturación e interrumpen el consumo espontáneamente entre los 40 y los 60 años de edad.³ La farmacodependencia, especialmente la de los tipos alcohólico, barbitúrico y opiáceo (morfina), tiende a ser un trastorno recidivante crónico. Cuando se llega a la « saturación », el usuario tiende con el tiempo a dedicar periodos cada vez más cortos al consumo

¹ McGlothlin, W. H. y Arnold, D. O. (1971) *Arch. gen. Psychiat.*, **24**, 35-49.

² Los alcohólicos muestran también cierta tendencia a reducir el consumo al llegar a la edad madura.

³ Winick, C. (1964) *Bull. Narcot.*, **16** (1), págs. 1-11 ; Vaillant, G. E., (1966) *Amer. J. Psychiat.*, **123**, 573-583 ; Vaillant, G. E. (1973) *Arch. gen. Psychiat.*, **29**, 237-241 ; Waldorf, D. (1970) *Soc. Probl.*, **18**, 228-243.

activo de la droga y periodos más largos a la abstinencia inducida terapéuticamente o por propia voluntad, hasta que al fin permanece abstinentes con respecto a su droga primaria de dependencia. Puede, sin embargo, aumentar su consumo de otra droga, por ejemplo, el alcohol o la cannabis.

Los esfuerzos desplegados en el pasado para lograr la abstinencia prolongada en la mayoría de los trastornos de dependencia (opiáceos, alcohol, etc.) permiten afirmar que el pronóstico a largo plazo en cuanto a la evitación de la recidiva es en general bastante negativo. Sin embargo, si bien todavía es correcto considerar esos trastornos como crónicos y recidivantes, varios descubrimientos enuncian una reevaluación de las opiniones más pesimistas. En el pasado, cuando las posibilidades de tratamiento eran limitadas y estaban menos desarrolladas las técnicas terapéuticas, sólo los individuos farmacodependientes que eran descubiertos por los organismos públicos entraban en contacto con programas de tratamiento. Esos individuos pueden haber representado la muestra de sujetos farmacodependientes con peor pronóstico. Al aumentar la eficacia y la disponibilidad del tratamiento, es posible observar a una gama más amplia de individuos farmacodependientes y además en una fase más incipiente de su trastorno. El pronóstico en esas circunstancias parece mucho menos sombrío y corrobora la utilidad de hacer más asequible el tratamiento. Aunque todavía no es posible afirmar qué tipos de tratamiento específicos tienen más probabilidades de resultar beneficiosos para los diversos tipos de individuos farmacodependientes, muchos de los programas más eficaces comprenden métodos de terapéutica de grupo y organizaciones de autoayuda que no se basan en la medicina y prestan asistencia a largo plazo. Es también cada vez más evidente que los intentos repetidos de tratamiento pueden resultar en un aumento cada vez mayor de los intervalos de abstinencia entre los episodios terapéuticos, lo que irá acompañado lógicamente de la reducción de los problemas sociales y sanitarios.

Los cambios del medio que afectan al individuo desempeñan a menudo un papel importante en la interrupción del consumo dependiente, por ejemplo, la pérdida de una fuente de suministro, el traslado a una nueva localidad, un cambio del grupo de amigos o el establecimiento de relaciones más estables con otras personas. En general, la evolución positiva en lo que respecta a la satisfacción personal, a la imagen de sí mismo y a las realizaciones individuales pueden contribuir a la interrupción del consumo de drogas. Por último, la interrupción puede ser consecutiva al sufrimiento de un acontecimiento traumático relacionado con la droga o a la observación de un acontecimiento similar en sus propios compañeros.¹

¹ Schasre, R. (1966) *Int. J. Addict.*, 1 (2), págs. 23-32.

En algunos países, las medidas de represión han resultado bastante eficaces para terminar con la farmacodependencia, pero en la mayoría de los casos sólo han tenido un éxito parcial. Se considera que el enérgico programa represivo de los Estados Unidos de América ha logrado terminar con el consumo de heroína entre muchos viejos usuarios que ya no pueden hacer frente a las dificultades que presenta la obtención de drogas « en la calle » o a los peligros de su uso. En algunos casos hubo aparentemente un cambio hacia el uso de otras drogas, en particular un mayor consumo de alcohol, aunque tal vez esto sea menos frecuente de lo que se ha supuesto comúnmente.¹

3. METODOS PREVENTIVOS

3.1 Algunas consideraciones sobre planificación

La eficacia de las medidas destinadas a prevenir los problemas personales, sociales y de salud pública varía según el grado de interacción de, por lo menos, los siguientes factores : a) la medida en que se comprenden las causas del problema ; b) la idoneidad de las técnicas de prevención disponibles y su mayor o menor facilidad de aplicación ; c) la disponibilidad de los recursos humanos y de otro tipo indispensables para la ejecución de un programa preventivo ; d) la medida en que la prevención exige un cambio en el comportamiento habitual de la población ; y e) la decisión y la energía con que se lleva a cabo el programa. A título de ejemplo, cabe señalar que en muchos países del mundo esos factores se han cambiado de tal modo que han permitido una acusada reducción de la incidencia y de la prevalencia de enfermedades como la viruela, el paludismo y la polio-mielitis. Algunas campañas de lucha contra las enfermedades venéreas han sido notablemente eficaces hasta que la necesidad aparente o la voluntad de llevar adelante el programa disminuyó o se modificaron los hábitos sociales y se perdió, como consecuencia, parte de lo ganado. Cuando entran en juego factores causales múltiples y mal conocidos o relacionados con el comportamiento humano (por ejemplo, en los trastornos cardiovasculares, en las enfermedades venéreas y en los problemas vinculados con el uso extramédico de drogas), las reservas en cuanto a la eficacia de las medidas preventivas han de ser mayores que en el caso de trastornos menos complejos y cuyas causas se conocen mejor.

Al examinar los distintos métodos preventivos, hay que tener en cuenta el carácter transmisible del comportamiento asociado al consumo de

¹ Wilmarth, S. S. y Goldstein, A. (1974) *Therapeutic effectiveness of methadone maintenance programs in the USA*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Offset Publication Nº 3.

drogas. El interés inicial por la droga y sus diversos efectos parece transmitirse a menudo de un modo directo del consumidor al no consumidor y puede obedecer también al contacto que se establece entre unos y otros a través de los medios informativos y de programas de divulgación y educación mal concebidos o ejecutados. Una vez que se ha despertado el interés por la droga, el consumidor en potencia que ha decidido, consciente o inconscientemente, ensayarla suele colocarse en una situación que le permita un acceso razonablemente fácil a la droga; buscará, por ejemplo, la compañía de un consumidor conocido o probable. En la mayoría de los países, la iniciación al uso de drogas que no están socialmente aceptadas se efectúa por el contacto con usuarios que se encuentran a su vez en una fase relativamente incipiente del hábito.¹ Lo más probable es que los consumidores inveterados conserven para sí mismos la droga, sobre todo cuando se trata de un producto difícil de obtener. « Se considera que es poco común la « inducción » hasta el punto de que pueda convencerse u obligarse a un sujeto a comprar y a utilizar drogas contra su voluntad. »²

Otro factor que debe tenerse en cuenta al examinar los métodos preventivos es la tendencia actualmente observada en muchos países hacia el consumo de múltiples drogas por la misma persona.³ Quienes toman drogas causantes de dependencia suelen pasar de una a otra cuando es difícil o imposible obtener la primera que probaron o que prefieren. Además, muchos consumidores habituales toman distintas drogas sucesiva o simultáneamente, para obtener el efecto apetecido en un momento determinado. Esa tendencia guarda una importante relación con la planificación de los programas destinados a aminorar los problemas del comportamiento asociado al consumo de drogas. Puede suceder que cuando se fiscaliza eficazmente el suministro de una droga y no se adoptan medidas análogas contra las demás, se intensifique el consumo de otra droga, cuyo uso extramédico puede traer aparejado un número de problemas mayor o menor que los de la droga sometida a fiscalización.

Las medidas adoptadas para prevenir los problemas vinculados con el uso extramédico de drogas pueden clasificarse en primarias, secundarias o terciarias (véase la sección 1.1) y con una medida determinada puede perseguirse más de una finalidad. Por ejemplo, un programa orientado sobre todo

¹ Alarcón, R. de (1969) *Bull. Narcot.*, 22 (3), págs. 17-22; Hunt L. G. (1973) *Heroin epidemics: a quantitative study of current empirical data*, Washington, D.C., The Drug Abuse Council, Inc.

² En el presente informe « se entiende por « inducción » el acto de tratar de obtener nuevos compradores de drogas (consumidores o no consumidores) con fines de lucro o por cualquier otra razón » (*Org. Mund. Salud. Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 516, pág. 24 (sección 3.2)).

³ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 516, pág. 16 (sección 2.3.2).

a prevenir las secuelas del uso de drogas en los consumidores dependientes (prevención terciaria) tal vez permita lograr, mediante el tratamiento eficaz de los interesados, que éstos consuman una cantidad mucho menor de droga. En la medida en que esos consumidores eran antes una fuente importante de droga ilícita para otras personas de su medio habitual, la prevención terciaria en el caso de esos consumidores puede tener efectos preventivos primarios en el de otros y aminorar así la probabilidad de una progresión del uso de drogas en quienes han empezado ya a tomarlas con carácter experimental. Además, los efectos de un determinado esfuerzo no deben considerarse con una perspectiva temporal limitada. La intervención eficaz contra los usuarios dependientes en una generación puede considerarse como una acción preventiva secundaria o terciaria, pero puede tener también efectos preventivos primarios en una generación posterior por su influencia sobre todo en el medio social y jurídico. Algunos programas de comparecencia probatoria, de mantenimiento o de sustitución pueden tener en el medio un efecto preventivo primario, enteramente independiente de su objetivo principal que es aliviar la incapacidad de los consumidores crónicos de opiáceos. En este sentido es posible que incluso los programas con los que se sustituye una droga causante de dependencia obtenida por medios ilícitos por otra análoga prescrita por el médico sirvan para reducir el « contagio » y por lo tanto para « limitar » o prevenir la propagación ulterior de esa forma particular de toxicomanía. Por supuesto, el uso de la droga y los problemas que acarrea, pueden de hecho intensificarse con aquellos programas en los que cierta cantidad de drogas legal o médicamente autorizadas se ponen al alcance de personas a quienes no están destinadas.

Teniendo en cuenta la interrelación que existe entre consumidores y no consumidores de drogas, entre los muy expuestos y otros que lo están menos, no es nada fácil disociar la intervención preventiva de la terapéutica, e incluso rehabilitadora, en un grupo determinado ; por ejemplo, la rehabilitación de alcohólicos crónicos que conducen vehículos de motor puede muy bien salvar la vida de conductores abstemios que circulan por la misma carretera.

Hay otra clasificación importante de las medidas preventivas : algunas son *específicas* por relación a un problema concreto ; por ejemplo, si se reducen los suministros de heroína disminuirá la probabilidad de que se produzcan defunciones por una dosis excesiva de esa droga en la zona geográfica de que se trate ; si se fomentan la disponibilidad y la utilización correcta de instrumental estéril para inyección se evitarán infecciones. Otros esfuerzos preventivos han de considerarse no específicos por relación a un problema determinado ; por ejemplo, las medidas adoptadas para aliviar la tensión consiguiente a males de carácter social reales o percibidos puede contribuir a eliminar un posible motivo de consumo de drogas por

parte de ciertas personas y a evitar otros tipos de comportamiento socialmente reprobable, como el robo. La tensión provocada por males de orden social, cuando existe, no incita necesariamente al consumo de drogas; ni su existencia ni su desaparición son causas específicas del uso de drogas y mucho menos los problemas que ese uso plantea.

3.2 Objetivos de la prevención

Como se ha indicado en la sección 1.2, el Comité estima que la *finalidad general de la prevención* en este sector ha de ser *prevenir o reducir la incidencia y la gravedad de los problemas asociados con el uso extramédico de drogas causantes de dependencia*. Este objetivo es mucho más amplio que la prevención o reducción del uso de la droga en sí y, además, por lo que se refiere al uso extramédico de ciertas drogas en varios países (alcohol y tal vez algunas otras), se ajusta más a la realidad.

Antes de examinar las medidas concretas que cabría adoptar para alcanzar ese objetivo general, tal vez convenga enumerar algunos de los problemas que han de prevenirse y ciertos objetivos más específicos o inmediatos.

Los problemas que han de prevenirse son los que se plantean a los consumidores potenciales y actuales de drogas y a la sociedad en que viven. Entre los problemas de índole personal cabe citar: *a) las intoxicaciones agudas* (por ejemplo, una dosis excesiva de depresores, como el alcohol, y los barbitúricos, opiáceos y solventes volátiles, que provocan el coma y a veces la muerte; la ansiedad, la hiperactividad y las psicosis tóxicas vinculadas con un fuerte consumo de estimulantes del tipo cocaína y anfetamina; el pánico o los estados paranoicos que a veces se observan en los consumidores de preparaciones de cannabis; y toda una serie de trastornos mentales relacionados con el uso de alucinógenos); *b) alteraciones del comportamiento* (por ejemplo, una pasividad o una agresividad mayores o la participación en formas de comportamiento no conformistas y socialmente inaceptables); *c) efectos adversos de ciertas reacciones sociales* contra un comportamiento socialmente inaceptable (por ejemplo, estigmatización social, pérdida de oportunidades y encarcelamiento); y *d) otras complicaciones* (por ejemplo, las infecciones por drogas o instrumental de inyección contaminados, lesiones accidentales mientras el sujeto se encuentre en estado de intoxicación o confusión; lesiones orgánicas como la bronquitis en los fumadores de cannabis o de tabaco y la cirrosis hepática, la gastritis y los trastornos neurológicos en los consumidores de alcohol; y la malnutrición que acarrea el uso dependiente de diversas drogas). Entre los *problemas relacionados con la droga que se plantean a la sociedad* figuran el costo económico y humano de *a) el delito y otras formas de comporta-*

miento antisocial, b) los servicios de salud, de asistencia social, correccionales y de represión, y c) las pérdidas para la sociedad de la actividad o de la producción económica, científica y cultural de los usuarios de drogas.¹

La finalidad general de la prevención, indicada en el primer párrafo de la presente sección, es tan amplia que no orienta mucho en cuanto a los métodos que permitirán alcanzarla. Es indispensable, por lo tanto, desglosarla en una serie de objetivos más limitados y específicos. La clara delimitación de objetivos razonablemente concretos, expresados en unos términos tan cuantitativos como sea posible, facilita también la selección de los criterios aplicables para evaluar la eficacia de los procedimientos y métodos empleados.

El objetivo general, antes expuesto, puede subdividirse en los siguientes objetivos, a los que naturalmente cabría agregar otros aún más específicos :

1) *Limitar la disponibilidad* de determinadas drogas causantes de dependencia (véase la sección 3.3) :

a) fiscalizar el cultivo, la producción, la fabricación, la distribución y el uso lícitos de ciertas drogas (el grado de fiscalización y de disponibilidad para fines médicos y científicos y otros usos autorizados puede variar según el tipo de droga, por ejemplo, los opiáceos en comparación con las bebidas alcohólicas) ;

b) suprimir el cultivo, la producción, la fabricación, la distribución y el abuso ilícitos de ciertas drogas (la intensidad y el carácter de la represión pueden muy bien diferir según el tipo de droga y la región geográfica).

2) Reducir el interés por las drogas causantes de dependencia, así como la demanda y la aceptación social (véanse las secciones 3.4 y 3.5) :

a) fomentar el establecimiento de programas y actividades sociales y de otro tipo que sirvan de alternativa satisfactoria al consumo de drogas ;

b) estimular la capacidad de comprensión entre ciertos grupos de dirigentes de la comunidad y de otros grupos que no estén muy expuestos al uso de drogas causantes de dependencia en forma que pueda plantear problemas personales o sociales ² (por ejemplo, las autoridades judiciales

¹ McGlothlin, W. H., Tabbush, V. C., Chambers, C. D. y Kay, J. (1972) *Alternative approaches to opiate addiction control : costs, benefits and potential*, Washington, D.C., Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Oficina de Estupefacientes y Drogas Peligrosas (Informe final BNDD Contract N° J-70-33 ; documento multicopiado).

² Es sabido que algunos miembros de esos grupos pueden ya utilizar o estar muy expuestos a utilizar drogas de un modo que suele plantear problemas.

y de represión, el personal sanitario y de asistencia social, los maestros, los legisladores y otras personas con cargos de responsabilidad y, cuando sea necesario, el público); esos grupos han de comprender claramente la interacción hombre-droga y la consiguiente interacción hombre-sociedad, así como la incidencia y la gravedad de los problemas personales y sociales asociados con los usos extramédicos de alcohol y de otras drogas causantes de dependencia, teniendo en cuenta la frecuencia, la cantidad y el tipo de consumo;

c) modificar los intereses y las actitudes de las personas muy expuestas al uso de drogas causantes de dependencia en forma que pueda plantear problemas personales y sociales, con objeto de reducir la probabilidad de ese uso:

i) identificar los grupos muy expuestos, por ejemplo, ciertos migrantes, individuos emocional o socialmente desaventajados o personas inestables, y quienes tienen relación con personas que usan drogas de un modo socialmente inaceptable o frecuentan lugares donde la droga se usa de ese modo;

ii) patrocinar las relaciones entre el «personal asistencial» y los individuos y grupos muy expuestos a usar o que ya usan drogas de un modo que puede plantear problemas;

iii) disipar la ignorancia y las ideas erróneas acerca de los efectos de la droga;

iv) fomentar el recurso a actividades distintas del uso de drogas para satisfacer necesidades humanas fundamentales (véase la sección 3.5.3);

v) promulgar y aplicar disposiciones legales de control para desalentar el uso indebido de drogas causantes de dependencia, pero sin imponer a los usuarios castigos que puedan tener en el individuo efectos más perjudiciales que el uso de la droga;

vi) modificar las costumbres socioculturales generales y particulares con objeto de desaprobar activamente el uso inadecuado de drogas (por ejemplo, beber antes de ponerse al volante, emborracharse en reuniones sociales y en lugares públicos, etc.);

d) aliviar los trastornos emocionales personales y el aislamiento social, así como los males de orden social que puedan contribuir de manera no específica al consumo de drogas de un modo susceptible de plantear problemas.

3) *Reducir la incidencia y la gravedad de las complicaciones* (mentales, físicas, sociales y del comportamiento) que padecen quienes hacen uso extramédico de drogas causantes de dependencia.

4) *Mejorar el conocimiento* de las causas de los problemas relacionados con el uso extramédico de drogas causantes de dependencia y de la eficacia de los distintos criterios y métodos utilizados para prevenir esos problemas.

Las medidas utilizadas para alcanzar estos y otros objetivos afines suelen tener esencialmente por objeto : a) individuos y pequeños grupos, b) su medio, o c) la disponibilidad de drogas causantes de dependencia. Al evaluar la utilidad de una determinada medida preventiva preciso es reconocer que cualquiera de ellas que se oriente ante todo al logro de uno de estos tres objetivos principales influirá normalmente sobre los demás a causa de la interacción dinámica entre el hombre, su medio y la droga. De igual modo, una medida encaminada al logro de un objetivo puede facilitar o impedir el logro de otro, produciéndose involuntariamente efectos secundarios negativos con métodos que por lo demás son útiles.

3.3 Medidas destinadas esencialmente a limitar la disponibilidad de drogas

Teniendo en cuenta que la disponibilidad de una droga causante de dependencia es un requisito previo indispensable de su uso y, por lo tanto, de la aparición de cualquier problema relacionado con ese uso, no es extraño que la imposición de disposiciones legales por las que se prohíba o se limite la disponibilidad de esas drogas sea uno de los criterios preventivos más frecuentemente utilizados. Las sustancias consumidas al margen de la práctica médica correcta pueden: a) producirse y distribuirse legalmente al consumidor (por ejemplo, las bebidas alcohólicas en muchos países, ciertas preparaciones de cannabis en algunos países o territorios y ciertos medicamentos recetados en el curso de un tratamiento médico normal) ; b) desviarse de los fines lícitos a otros ilícitos (por ejemplo, drogas del tipo morfina, anfetaminas o barbitúricos) ; o, c) producirse y distribuirse enteramente por medios ilícitos (por ejemplo, opio, heroína y cannabis producidos y elaborados clandestinamente).

Las medidas destinadas a limitar el cultivo, la producción, la preparación, el comercio y la distribución de algunas drogas causantes de dependencia a los fines médicos y científicos y a evitar su desviación para usos ilícitos se imponen en leyes y reglamentos locales y nacionales y en tratados internacionales. Todo ello exige una colaboración en los planos nacional, regional e internacional entre los organismos de los países y algunas organizaciones y entidades internacionales directamente interesadas, a saber, las Naciones Unidas, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes y la OMS. Esa cooperación sería más fácil si en cada país hubiese un solo organismo nacional, independiente de los productores y de los distri-

buidores, encargado de colaborar con los órganos internacionales interesados. En muchos países se opina que es posible aumentar la eficacia del sistema de fiscalización reduciendo al mínimo la lista de sustancias sometidas a vigilancia, pero teniendo en cuenta la necesidad de proceder a revisiones periódicas que garanticen la disponibilidad para fines médicos de aquellas drogas sometidas a fiscalización que presenten una relación más favorable entre riesgo y beneficio.

Con objeto de evitar la desviación de los medicamentos causantes de dependencia de los fines lícitos a otros ilícitos, es importante que en las recetas médicas se fije un límite a la cantidad de la droga, el plazo de validez y el número de veces que se puede utilizar.¹ La acumulación por un individuo de grandes cantidades de drogas causantes de dependencia aumenta el riesgo de desviación para usos extramédicos. Quienes despachan con receta drogas sujetas a una fiscalización rigurosa deben conservar las recetas durante dos a tres años para facilitar, en su caso, la inspección oficial.

Desde el punto de vista de la prevención, la prescripción de drogas sometidas a fiscalización a personas dependientes plantea problemas especiales, pero ofrece también ciertas oportunidades. El tratamiento de esas personas contribuye a romper la cadena de comunicabilidad entre usuarios activos y usuarios potenciales. Es particularmente importante iniciar rápidamente el tratamiento cuando el interesado comienza a adquirir el hábito, pues se ha comprobado que, en esta primera fase, muchos usuarios intentan hacer proselitismo entre los amigos y conocidos. Como ya se ha dicho, una vez que los consumidores están sometidos a una fuerte dependencia, y sobre todo cuando se trata de drogas difíciles de obtener, tienden a reservar su provisión para uso estrictamente personal. Además, en su círculo de relaciones habrá para entonces pocas personas que no consuman drogas.

En varios países se han introducido programas de sustitución o de mantenimiento para combatir la dependencia de sustancias estupefacientes. En dos países por lo menos (a saber el Reino Unido y los Estados Unidos de América) se ha comprobado la utilidad de limitar la prescripción de estupefacientes con ese fin a médicos especialmente autorizados con objeto de reducir al mínimo la posibilidad de una prescripción excesiva, con la consiguiente desviación de la droga hacia el mercado ilícito. Algunos miembros del Comité tienen entendido que en Irán la vigilancia médica y de otro tipo del consumo de opio por personas inscritas en los registros es menor, situación que puede permitir una mayor desviación de la droga de los usos lícitos a los ilícitos. Cuando se estudia la posibilidad de organizar

¹ « El detalle de esas limitaciones será fijado por cada gobierno, pero es de esperar que varíen según la naturaleza del fármaco en cuestión y las circunstancias locales » (*Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1970, N° 437, pág. 20 (sección 4.5)).

un programa de mantenimiento es esencial tener en cuenta, aparte de los beneficios supuestos o comprobados para quienes participan en él, sus posibles efectos sobre el aumento o la disminución de la disponibilidad ilícita de drogas.

Los programas de tratamiento de personas dependientes de drogas pueden traer consigo toda una serie de efectos benéficos de orden individual y ambiental, algunos de los cuales se examinan en otro lugar del presente informe. Lo que conviene destacar ahora es que los programas de tratamiento con drogas causantes de dependencia pueden tener consecuencias negativas además de positivas, a menos que se preste la debida atención a su influencia sobre la disponibilidad de drogas en el círculo de relaciones de las personas tratadas.

El tráfico ilícito de drogas causantes de dependencia supone la existencia de sustancias de origen lícito o ilícito. Ese tráfico no puede « controlarse » pero cabe hacer un esfuerzo para suprimirlo en la mayor medida posible. La tarea es difícil porque la inteligencia y el ingenio humanos se enfrentan en ambos bandos : traficantes, y servicios de represión internacionales, nacionales y locales. La acción nacional e internacional concertada para suprimir el cultivo, la producción, la preparación y el tráfico ilícitos de drogas causantes de dependencia es una de las medidas fundamentales para impedir la aparición de problemas relacionados con su uso indebido.

3.4 Medidas destinadas principalmente a individuos y pequeños grupos

Cuando se trata de aplicar medidas preventivas destinadas principalmente a individuos y pequeños grupos, es necesario distinguir entre las personas que están probablemente expuestas a un elevado riesgo de usar drogas causantes de dependencia en una forma que puede provocar la aparición de problemas de los tipos señalados en la sección 3.2, y aquellas personas en las que no existe esa elevada exposición. No vale la pena tratar de prevenir la aparición de problemas relacionados con la droga en personas poco expuestas a experimentar tales dificultades. Por supuesto, no todas las personas podrán situarse en uno o en otro extremo de la escala de grados de riesgo, pero en interés de la economía y sobre todo de la eficacia de los esfuerzos preventivos, es indispensable tener en cuenta esa distinción general. Los criterios y los objetivos aplicables a los grupos de elevado riesgo, si son identificables, se diferencian sin duda de los que se refieren a los grupos de escaso riesgo. En los programas preventivos ha de tenerse también en cuenta la importancia de ciertos grupos dirigentes o encargados de formular la política, aplicar la ley o « ayudar » (salud y asistencia social), pero en la mayoría de sus miembros (si no en todos) es relativamente escaso el riesgo de que aparezcan problemas relacionados con la droga.

3.4.1 *Identificación de las personas muy expuestas a experimentar problemas relacionados con la droga*

¿Cómo pueden identificarse las personas muy expuestas a la aparición de problemas relacionados con la droga y cuáles son sus características? ¿Cómo pueden contribuir a su identificación las instituciones sociales?

a) *Características personales y de otro tipo*

La primera pregunta puede contestarse en principio mediante el examen de las características de las personas que ya presentan problemas relacionados con la droga y de la forma en que la usan y comparándolas con las características y el modo de usar la droga (si la usan) de las personas que en el momento de la encuesta no experimentan esos problemas. (El grupo sin problemas puede comprender usuarios experimentales y casuales, así como no usuarios.) De ese modo puede formularse la hipótesis de trabajo de que cuando las personas del grupo sin problemas i) presentan algunas o muchas de las características personales o sociales de los individuos que experimentan problemas relacionados con la droga y están empezando a usar drogas en forma comparable a la de esos individuos, y ii) viven en una zona donde pueden obtenerse drogas con facilidad y es frecuente su uso, es muy elevado el riesgo de que presenten problemas relacionados con la droga. Esas personas muy expuestas representan objetivos primarios para los esfuerzos intensivos de prevención.

Por desgracia se dispone todavía de pocos datos concretos acerca de las características especiales de los usuarios de drogas del grupo con problemas, en comparación con los usuarios en general. En esas condiciones ha de suponerse que cuanto más implicada esté una persona en el uso de la droga, mayores son las probabilidades de que tenga problemas. Así, la siguiente etapa consiste lógicamente en determinar cuáles son las características relacionadas de hecho con una gran implicación, actual o futura, en el uso de la droga.

Algunos escasos datos hacen pensar que las mediciones de la rebeldía y la obediencia, el rendimiento en los estudios, el hábito de fumar cigarrillos y la actitud hacia ese hábito permiten en conjunto formular previsiones bastante exactas acerca de los no usuarios que se convertirán en usuarios y de aquellos que seguirán sin utilizar la droga. Esas mismas variables anuncian de manera significativa el futuro grado de implicación de los que se convertirán en usuarios de drogas.¹

¹ Smith, G. M. (1973) Statement on the antecedents of teen-age drug use before the Committee on Problems of Drug Dependence, National Academy of Sciences/National Research Council (Estados Unidos de América), 21-23 de mayo de 1973.

Otras características que son indicadores muy importantes del posible uso actual o futuro, aunque no necesariamente de la aparición de problemas relacionados con la droga, son las siguientes : i) la disponibilidad de drogas, ii) el contacto con amigos usuarios de drogas,¹ y iii) la utilización previa de ciertas drogas, como el tabaco y el alcohol.²

Se ha comprobado que ciertas características están asociadas en mayor o menor grado con el uso regular de la droga en uno o más grupos ; esas características pueden clasificarse aproximadamente en tres categorías :

1. *Retraso del desarrollo.* Es decir, que en cierta medida un individuo ha quedado rezagado con respecto a sus compañeros en el logro — por los conductos ordinarios de la familia, la escuela o la colectividad — de uno o más de los objetivos que su sociedad o su medio cultural esperan que alcance al pasar de la infancia a la edad adulta y de la inmadurez a la madurez. Cada sociedad establece sus propias normas de desarrollo y sus criterios para medir los progresos, y crea los ámbitos sociales educativos y profesionales en los que se produce ese desarrollo. En el curso del proceso de desarrollo es indispensable alcanzar una personalidad y un sentimiento de realización, de independencia y de propia estimación, dar a la vida una finalidad y un sentido, y desarrollar la aptitud para relacionarse con los semejantes del mismo sexo o del opuesto y con los adultos. La insuficiencia de los progresos en cualquiera de esas dimensiones, juzgada en función de las esperanzas de los padres y de la sociedad, y provocada por distintas razones — en particular por la falta de trabajo y de otras oportunidades — puede dar todas o alguna de las siguientes manifestaciones : imagen negativa de sí mismo, participación inferior a la media en las actividades del grupo de los compañeros, actitudes negativas o problemas con respecto a la autoridad, ausencias escolares, problemas de disciplina, escaso nivel en las aspiraciones y realizaciones, poca disposición a formular planes para el porvenir, y rechazo de numerosos valores de la sociedad.

Se ha comprobado en varios estudios que todas esas actitudes y comportamientos (es decir, características) aparecen en grado ligeramente mayor en los usuarios de la droga que en los no usuarios y que cada una puede indicar una cierta vulnerabilidad, siempre que se disponga de drogas y éstas sean utilizadas por amigos o compañeros.

2. *Reducción de las trabas sociales primarias.* Se ha comprobado la asociación con el uso de la droga de un segundo grupo de factores derivado de las relaciones familiares e interpersonales. Entre ellos cabe citar los

¹ Kandel, D. (1973) *Science*, 181, 1067-1070.

² Véase nota 1, página 41.

hogares desunidos, la falta de orientación paterna, los cambios frecuentes de residencia, la migración, la situación social marginal, la separación voluntaria u obligatoria de grupos normales y el hecho de trabajar o estudiar en enormes instituciones despersonalizadas, como las grandes industrias o las grandes escuelas que fomentan un elevado grado de anonimato y dependen en gran medida de las trabas sociales secundarias.

3. *Reducción de las trabas sociales secundarias.* Cuando se debilitan las trabas sociales derivadas de las leyes, los hábitos y las costumbres de la comunidad (por cambios sociales y culturales rápidos, migraciones o guerras) aumenta a menudo el uso de drogas, a veces de manera que puede conducir a la aparición de problemas.

Una situación particular se presenta cuando se debilitan las trabas primarias y secundarias habituales y aparecen nuevas trabas primarias en sustitución de las que existen normalmente. Ello sucede, por ejemplo, cuando un individuo por cualquier motivo pasa a formar parte de un grupo que establece sus propias trabas primarias, con frecuencia rígidas, al tiempo que rechaza las restricciones, los valores y las instituciones normales de la sociedad; se encuentran en ese caso los grupos de comportamiento antisocial, las bandas callejeras y distintos grupos de delincuentes y personas de comportamiento anormal. Teniendo en cuenta que en muchas sociedades, el consumo de drogas es actualmente un símbolo importante de rechazo de los principales valores y trabas de la sociedad, es a menudo una actividad corriente de esos grupos, pero sin que el uso sea general ni necesariamente « excesivo ». En muchos casos, esos grupos rechazan el uso de la droga y algunos se oponen con energía e incluso con violencia al uso de ciertas drogas.

La desaparición de las trabas sociales ordinarias es particularmente infausta cuando el comportamiento del drogado le marca de tal modo que le excluye del resto de la sociedad; esta reacción puede ser desastrosa para el individuo pues supone con frecuencia la desaparición de las posibilidades normales de trabajo y de otros medios de lograr la propia estimación y la satisfacción dentro del medio cultural en que vive. En lugar de eso puede verse obligado a buscar esa estimación y la satisfacción de otras necesidades humanas en una subcultura divergente, que a su vez practica el pillaje de la sociedad dominante para sobrevivir. Se ha observado repetidas veces que cuando las personas farmacodependientes no son « expulsadas » de la sociedad, las presiones y responsabilidades sociales normales siguen funcionando para mantener el consumo de drogas de muchos de ellos dentro de límites en cierto modo « razonables », y no es raro que continúen trabajando y contribuyendo de algún modo a la marcha de la sociedad.

La integración en un grupo de comportamiento antisocial que aboga por el consumo de la droga o la utiliza es un indicio importante de que el individuo usará la droga, aunque no necesariamente de una forma intensa.

En resumen, el grado en que una persona i) presenta características relacionadas con un retraso del desarrollo, ii) ha prescindido o está prescindiendo de las trabas sociales primarias y secundarias habituales, iii) vive en una zona donde pueden conseguirse drogas con facilidad y es frecuente su uso, iv) tiene amigos consumidores de droga o relaciones con un grupo que la utiliza, y v) presenta ciertas características en relación con el rendimiento en los estudios, el espíritu de rebelión, la experiencia previa con el tabaco y otras drogas y la actitud hacia el hábito de fumar cigarrillos, indica si, y hasta qué punto, esa persona está expuesta a verse gravemente implicada en el uso de drogas. Se necesitan nuevos estudios, en particular de carácter prospectivo (cohorte¹), para determinar cuáles, entre éstas y otras características, permiten identificar mejor las personas más expuestas a la aparición de problemas relacionados con la droga entre aquellas que la utilizan intensamente.

b) *Función de las instituciones sociales*

Entre las fuerzas que influyen sobre el crecimiento y el desarrollo, sobre las trabas sociales y sobre el uso de la droga figuran la familia, los organismos educativos, sanitarios y sociales, la religión y sus instituciones, los grupos de compañeros, los medios de información en masa, y la colectividad con todos sus demás organismos. La importancia de cada una de esas instituciones varía entre las diversas comunidades y culturas, igual que varían las funciones de cada organismo público, sus prioridades, y los recursos disponibles según las decisiones de la colectividad.

Las instituciones de enseñanza desempeñan una importante función en la identificación de las personas expuestas; en las sociedades donde la enseñanza es prácticamente universal, la escuela constituye un importante factor en la vida de la mayoría de los niños de 8 a 12 años y puede ejercer una influencia decisiva, sea facilitándoles un desarrollo y un crecimiento sanos, sea contribuyendo a la aparición de retrasos del desarrollo relacionados con el uso de drogas o con otros comportamientos destructores o anómalos. Ello depende tanto del *modo* en que la escuela desarrolla su labor como de cualquier otra actividad especializada que emprenda.

La escuela ocupa una posición particularmente favorable para descubrir los signos iniciales de los problemas del desarrollo. Sin embargo, es preciso obrar con prudencia antes de colegir que existe necesariamente una relación

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, Nº 526, págs. 31-32 (sección 4.3.3).

entre esos signos y el uso potencial o efectivo de la droga, a menos que se disponga fácilmente de drogas y que el alumno se relacione con compañeros que la utilicen. El consumo de drogas no es más que uno de los comportamientos potencialmente destructores a los que esos jóvenes están expuestos. Para desempeñar su función de identificar las personas realmente (o muy expuestas a verse) envueltas en el uso destructor de las drogas, la escuela debe contar con maestros y otros pedagogos sensibles y bien preparados, dispuestos y capacitados para ver más allá de los posibles indicios o síntomas, y que lleguen a conocer bien a sus alumnos. En ciertas sociedades es ésa una función que no corresponde a la escuela.

Los organismos de salud y de bienestar o asistencia están también en excelentes condiciones para identificar los posibles signos de riesgo en un grupo más amplio de personas de todas las edades. Igual que las escuelas, esos organismos no sólo tratan de identificar a las personas que pueden beneficiarse de las actividades de prevención primaria sino también aquéllas necesitadas de servicios preventivos secundarios o terciarios.

En varios lugares, el personal de los establecimientos de salud ha logrado identificar una elevada proporción de usuarios de drogas. Por ejemplo, de Alarcón y Rathod siguieron la cadena de propagación del uso de heroína en una pequeña ciudad de Inglaterra;¹ utilizaron varios métodos para localizar a los usuarios y al parecer lograron identificar a casi toda la población. Un segundo estudio longitudinal, efectuado también en Inglaterra, fue igualmente eficaz para la identificación de los usuarios de heroína.² Hughes y Crawford aplicaron ese método para la identificación de heroinómanos en distintos barrios de una gran ciudad de los Estados Unidos de América (Chicago).³ Si se logra que esos grupos definidos de usuarios se sometan a tratamiento o a cualquier otro tipo de control, la demanda y probablemente la disponibilidad de droga se reducirán en la zona de que se trata. Este método será seguramente más eficaz en las localidades relativamente pequeñas y en las fases de implantación de nuevas epidemias, cuando las vías de suministro no están todavía bien establecidas. Sin embargo, el grupo de investigadores de Chicago logró que se sometiera a tratamiento una elevada proporción de heroinómanos de dos barrios, con una posible reducción de la disponibilidad de la droga y de la incidencia del uso. El método comprende i) el empleo de grupos de investigación epidemiológica, ii) una enérgica campaña a cargo de brigadas de « localización »

¹ Alarcón, R. de y Rathod, N. H. (1969) *Brit. med. J.*, **2**, 549-553 ; Alarcón, R. de (1969) *Bull. Narcot.*, **21**, (3), págs 17-22.

² Kosviner, A., Mitcheson, M. C., Ogborne, A. Zacune, J., Myers, K., Stimson, G. V. y Edwards, G. (1968) *Lancet*, **1**, 1189-1192.

³ Hughes, P. H. y Crawford, G. A. (1972) *Arch. gen. Psychiat.*, **27**, 149-155
Hughes, P. H., Senay, E. C. y Parker, R. (1972) *Arch. gen. Psychiat.*, **27**, 585-591.

para poner a los usuarios en tratamiento (en particular de mantenimiento con metadona), iii) la provisión de tratamiento inmediato y eficaz, y iv) la colaboración de los dirigentes de la colectividad en el esfuerzo preventivo.

Si vigilan y estudian las condiciones de aparición de hepatitis, las huellas de pinchazos de agujas, y las complicaciones psicotóxicas y médicas en general de la toma de drogas, así como la pérdida del empleo, la incapacidad para buscar o encontrar trabajo o facilitar apoyo financiero a la familia, la carencia de objetivos, la falta de hogar, la soledad y otras situaciones del tipo corrientemente asociado al uso de drogas, esos organismos pueden facilitar la identificación de los usuarios potenciales y de los que ya presentan problemas relacionados con esa utilización. Igualmente útiles, y quizás más apropiados, son los numerosos organismos de la comunidad de tipo menos convencional, como los centros de orientación para la juventud, los centros para situaciones de crisis y los «teléfonos de la esperanza»; estos últimos permiten entrar en contacto inmediato con personas experimentadas y comprensibles, dispuestas a escuchar numerosos problemas personales y sociales y a ofrecer ayuda para resolverlos, aunque sólo en parte están relacionados con el uso actual o potencial de la droga; hoy día existen servicios telefónicos de ese tipo en unos 60 países.

Siempre que dispongan de personal debidamente adiestrado, la mayoría de los organismos e instituciones de la colectividad están en condiciones de ofrecer servicios de orientación a distintos tipos de personas en periodos de crisis personal o familiar. Esas crisis pueden producirse, por ejemplo, en los casos de i) rechazo por parte de una persona de la que el individuo depende emocionalmente o separación de la misma, ii) paso a una forma de vida más exigente, o iii) otras condiciones personales o sociales gravemente adversas.¹ Algunos establecimientos pueden facilitar asistencia médica y terapéutica a las personas alteradas desde el punto de vista emocional o en mala situación social; asistencia que consiste sobre todo en que esas personas «muy expuestas» participen en actividades constructivas y socialmente aceptables que contribuirán a satisfacer sus necesidades humanas fundamentales; en la sección siguiente se trata de algunas de esas actividades.

Además de desempeñar la función relativamente pasiva de asistir sólo a quienes acuden a ellos, algunas instituciones han adoptado una forma de intervención más activa con la busca, mediante equipos de campaña, de las personas que formen, o estén a punto de formar, parte de los grupos de usuarios de drogas o en situación transitoria o marginal. Los resultados han sido a menudo alentadores, al menos en lo que se refiere a la localización de usuarios.

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1970, N° 460, págs. 12-13 (sección 3.1.1).

3.4.2 *Influencias de los grupos de compañeros*

La expresión « grupo de compañeros » en el sentido en que se utiliza en el presente informe, no es una entidad fija sino que puede definirse como institución social orgánica, viva y cambiante, creada por sus miembros para disponer de un foro o de un terreno de ensayo en el que establecer y perfeccionar ciertos aspectos relativos a la independencia, la personalidad, la iniciativa, la competencia, la intimidad, o la comprensión de uno mismo y de los demás. La naturaleza, la importancia y la estabilidad de un grupo de esa índole variarán en función de su tamaño, de las funciones que desempeñe y del grado en que satisfaga las necesidades permanentes de sus miembros (véase la sección 3.5.3). Puede parecerse a una grey desordenada más que a un grupo y servir sólo para dar al individuo la sensación de estar « al día » o proporcionarle un grado de anonimato que le permita, debidamente apoyado, hacer algo que no haría con su familia o con amigos ajenos al grupo, como es probar preparaciones de cannabis en un festival de « rock ». Puede ser un grupo transitorio aglutinado sólo por la participación mutua en una determinada actividad, como es la obtención y el uso de drogas. Ninguno de esos últimos tipos de grupo son estables ni cumplen las funciones desempeñadas por la mayoría de los grupos de compañeros.

Al comienzo de la adolescencia, cuando es tan importante el sentimiento naciente de independencia y de personalidad, los grupos de compañeros tienden a ser de estructura laxa y accesibles a nuevos miembros. Representan un punto de apoyo, por lo general sin demasiadas exigencias, a partir del cual el adolescente puede progresar hacia su independencia, explorar en qué forma se parece a otras personas o se distingue de ellas, y poner a prueba su competencia. A medida que las tareas propias del desarrollo mejoran el conocimiento de uno mismo y de los demás y llevan a una mayor intimidad, los grupos se hacen más pequeños y exclusivos, como corresponde a las funciones que han de desempeñar. Al terminar la adolescencia o en la edad adulta lo más probable es que el grupo de compañeros sea sólo una estructura laxa integrada por parejas o individuos que disfrutan en la ejecución en común de ciertas actividades de interés mutuo a medida que exploran y establecen relaciones más estrechas, y desarrollan su identidad personal y social.

Es posible influir sobre los grupos de compañeros, pero sólo en relación con las funciones que desempeñan o tratan de desempeñar. Por ejemplo, si su función consiste en declarar o reafirmar su independencia o en rebelarse, el mejor modo de influir sobre el comportamiento del grupo o sobre el de sus miembros consiste en admitir claramente la necesidad legítima de independencia y en ofrecerles otros sistemas que les permitan desarrollar una sen-

sación de independencia y de reconocimiento. Cuando la independencia deja de ser el factor aglutinador, el grupo hallará progresivamente otro punto de interés y entonces los miembros cambiarán de acuerdo con la importancia de ese nuevo punto para la satisfacción de sus necesidades.

Si se ha elegido el consumo de droga como medio particular de reafirmar la sensación de independencia o el deseo de no conformarse a las costumbres locales (como ha sucedido a menudo en ciertos países de Europa y América del Norte), suele ser más eficaz ocuparse de la necesidad de independencia que del uso de la droga en sí.

Es más fácil, por lo general, modificar las actividades de un grupo que cambiar su composición, excepto cuando un miembro tiene la oportunidad de unirse a otro grupo que desempeñe mejor la función que para él sea esencial. Incluso entonces, la fidelidad al grupo y las presiones del mismo pueden hacer que ese paso resulte difícil por no decir imposible. En muchos casos no es fácil penetrar en un grupo ya en funcionamiento. Los cambios de la composición del grupo se producen normalmente cuando un individuo o varios dejan un grupo establecido para unirse a un grupo recién formado que ofrece actividades más satisfactorias o posibilidades de mejorar la situación social. Los miembros de grupos inestables son los mejores candidatos para esos cambios, pero, en particular en el caso de los adolescentes de mayor edad, el paso de un grupo de drogados a otro que no utiliza drogas exige que el nuevo grupo facilite la posibilidad de satisfacer ciertas necesidades importantes del individuo.

Para ciertas personas, entre las necesidades importantes satisfechas por el comportamiento asociado al uso de drogas figura el deseo consciente o inconsciente de vivir aventuras, correr riesgos, adquirir nuevas experiencias, conocerse a sí mismo, poseer un espíritu creador, ser aceptado por los demás e identificarse con ellos, establecer nuevas relaciones sociales, confirmar la independencia y huir de distintas molestias físicas o psíquicas. La satisfacción de esas necesidades puede ser también la base de ocupaciones tan distintas como la meditación, la religión (mística y fundamentalista), las actividades creadoras y culturales, los deportes que exigen gran resistencia física o las actividades al aire libre, y los movimientos ecológicos, para citar sólo unas pocas. Las posibilidades de iniciar actividades con otras personas de intereses análogos representan a menudo la primera etapa en la formación de un grupo.

3.4.3 Función de los programas de información y de educación sobre drogas

Como se indica en la sección 3.2, un objetivo importante de la prevención es ayudar a diversos grupos de dirigentes de la colectividad y de personal asistencial a adquirir un conocimiento adecuado de las interacciones entre el hombre y las drogas y entre el hombre y la sociedad, así

como de la frecuencia y la gravedad de los problemas relacionados con el uso extramédico de diversas drogas tomadas de distintas formas. Las actividades de información y educación que tienen por objeto el logro de ese objetivo pueden estar dirigidas en primer lugar a los individuos y los pequeños grupos. Esas actividades contribuyen también a reducir la ignorancia y las ideas falsas acerca de los efectos de la droga entre las personas muy expuestas a usar drogas en formas que provocarán probablemente problemas.

Las actividades de información y educación desempeñan un importante papel en la prevención del uso destructivo de las drogas y en la reducción del uso extramédico de fármacos psicotrópicos. Sin embargo, la información y la educación no deben equipararse. Cada una de ellas es un instrumento que debe emplearse con discernimiento y habilidad para propósitos y para grupos cuidadosamente definidos. Una gran parte del descrédito en que ambas han caído se debe a la confusión entre las dos y a su empleo abusivo.

En 1972 la UNESCO convocó una reunión sobre la educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes, especialmente en los países desarrollados. En el informe, se decía entre otras cosas :

« Es necesario precisar la definición de la educación relativa a las drogas que es bien distinta de la información sobre las drogas y establecer con claridad los conceptos y las afirmaciones sobre las que ella se basa.

« La información acerca de las drogas es una forma de comunicación que se limita a transmitir el conocimiento de determinados hechos o a enseñar una técnica de adquisición de conocimientos. Se trata más bien de un proceso limitado en el que los elementos principales son generalmente informaciones relativas a las drogas mismas y a sus efectos (nefastos) sobre las gentes, así como informaciones en torno a la legislación referente a las drogas y otras formas de control social. Por el contrario, la *educación relativa a las drogas* es un amplio conjunto de actividades concertadas en torno a situaciones que ponen en juego al maestro y al discípulo, y una experiencia que tiende a multiplicar las ocasiones de desarrollo intelectual, emotivo, psicológico y fisiológico de los jóvenes. » ¹

En resumen, las actividades de información consisten esencialmente en el envío de mensajes, en un solo sentido, de la persona que los transmite a la que espera recibirlos. Normalmente, el destinatario no tiene la posibilidad de hacer preguntas, de aclarar problemas, de expresar sus propias preocupaciones o intereses o de disipar cualquier motivo de ansiedad que

¹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (1973) *Informe de la reunión sobre la educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes, especialmente en los países desarrollados, París, 10-20 de diciembre de 1972* (Documento ED/MD/26), pág. 11.

puede haber sido provocado por la información. Las actividades educativas, en cambio, permiten la comunicación en los dos sentidos, el aprendizaje y la expresión de los sentimientos. Hay, por supuesto, además de la situación de enseñanza y aprendizaje antes descrita, muchas circunstancias que permiten la comunicación en doble sentido, el aprendizaje y la expresión de sentimientos, aunque tal vez no sea ésta su finalidad fundamental, como, por ejemplo, ciertas discusiones de grupo, conferencias o sesiones de psicoterapia.

a) *Programas de información*

Las investigaciones sobre ciencias sociales han permitido reunir una documentación muy completa sobre los métodos y las técnicas de comunicación y persuasión más eficaces. Estos se basan en análisis sumamente complejos del significado y la función del comportamiento que se trata de modificar o de facilitar, se adaptan cuidadosamente a la escala de valores y al modo de vida de grupos bien definidos sobre los que se va a actuar y no es preciso que guarden una relación directa evidente con el comportamiento específico sobre el que pretenden influir.

Para que resulte eficaz, la información facilitada debe ser exacta y creíble. La fuente perceptible del mensaje debe estar considerada a la vez como bien informada y digna de crédito. Es útil que las personas que reciben la información aprecien la fuente de la que procede y la consideren como algo familiar o, al menos, capaz de entender sus necesidades. Las técnicas de « intimidación » sólo son eficaces en condiciones muy limitadas y especificables. La mera presentación repetida de información acerca de una situación poco común, independientemente de que se presente de una manera positiva o negativa, puede ser suficiente para aumentar el atractivo de la situación y producir así un efecto contrario al que se busca. La información debe ser apropiada al nivel de desarrollo, de conocimientos, de experiencia y de exposición al riesgo de los receptores y debe facilitarse en función de las necesidades. Es preciso tener en cuenta igualmente la capacidad para absorber la información. Cuando se bombardea a un individuo con más estímulos de los que puede asimilar, éste tiende a aislarse de esa situación, e ignorarla. Cuando la ansiedad se eleva a un nivel suficientemente alto y no se cuenta con ningún medio para disiparla, se tiende a negar su existencia. *Muchos individuos operan selectivamente y sólo tienen en cuenta y creen aquello que confirma sus actitudes y creencias normales.*

Aparte de estos principios generales, es preciso analizar cuidadosamente cuáles deben ser los fines de la información en una situación determinada. Cuando la información se emplea como un instrumento en la prevención del uso destructivo de las drogas, los conocimientos actuales permiten formular las siguientes observaciones :

Los diferentes grupos necesitan distintos tipos y grados de conocimiento, de acuerdo con sus funciones. Los profesionales, y especialmente el personal de salud, necesitan una información exacta acerca de la acción farmacodinámica de las diversas drogas causantes de dependencia, las manifestaciones de todos los tipos de problemas relacionados con las drogas, comprendidas las respuestas sociales y la farmacodependencia, y el tratamiento y la rehabilitación de las personas farmacodependientes. Necesitan también saber algo acerca de la dinámica del « mundo de la droga », de las actitudes y el comportamiento generales de los diversos tipos de individuo dependiente, del papel y las funciones de su uso de las drogas, y de los medios para conseguirlas.

Por el contrario, la mayoría de los padres de jóvenes que han llegado a la edad de posibles usuarios de drogas no necesitan una información farmacológica detallada acerca de determinadas drogas, sino que precisan más bien un conocimiento básico sobre *a)* las drogas existentes y su modo de acción ; *b)* las múltiples razones para su uso ; *c)* los factores sociales que facilitan o inhiben ese uso ; y *d)* la importancia de mantener abiertas ciertas líneas de comunicación y una relación que anime a sus hijos a discutir abiertamente sus posiciones ante el uso de las drogas. Los padres deben comprender que un joven puede estar pensando en usar o usando drogas por diversas razones y que cada una de esas razones exige una respuesta diferente de parte de los padres. Deben comprender que « La iniciación a la droga y su uso, por « extraño » que parezca a los que juzgan desde fuera, o « impropio de él » como dicen los padres, es después de todo muy propio de él, pues está en armonía con sus características sociales, psicológicas y fisiológicas. Si no le « sienta » bien, cesará el uso ; de lo contrario, podemos suponer que el uso continuado de drogas responda a una variedad de funciones en múltiples planos ».¹ Si se interviene, se debe hacer teniendo en cuenta esas funciones en cada uno de los individuos.

La información que se facilita a los jóvenes y a los adultos, con el propósito de influir sobre sus actitudes hacia el uso de drogas en general o hacia un uso particular potencial o tal vez real, ha de ser compatible con los conocimientos farmacológicos básicos y debe ser creíble en el sentido de que ha de corresponder a la experiencia real de los usuarios. Debe adaptarse igualmente a los niveles de desarrollo psicológico y social del individuo de que se trate, al tipo y al grado de riesgo a que está expuesto, y a la significación y a las funciones que él y sus compañeros asignan al uso de la droga. Los usuarios reales o potenciales no necesitan una información completa sobre los efectos farmacológicos posibles de determinadas

¹ Blum, R. H. y cols. (1969) *Drugs II. Students and drugs*, San Francisco, Jossey-Bass, pág. 379.

drogas. Para un grupo que atribuye un cierto valor al peligro y a la osadía, cuanto más peligrosa sea una droga por sus supuestos efectos farmacológicos, tanto más atractiva puede ser.

Teniendo en cuenta la complejidad de la tarea que supone ayudar a grupos muy diferentes a adquirir conocimientos sobre el uso de drogas y problemas afines — conocimientos que correspondan a sus necesidades e intereses respectivos, y al nivel y la exactitud de la información disponible y que tengan en cuenta sus diferentes valores y creencias — es poco razonable esperar que las comunicaciones en un solo sentido (programas de información difundidos por los medios de masa) puedan ser de particular utilidad. En cambio, la información preparada especialmente para un grupo determinado (por ejemplo, maestros o médicos) y transmitida a ese grupo por una revista profesional puede ser en efecto útil y estar al mismo tiempo relativamente desprovista de efectos secundarios involuntarios e indeseados.

La información transmitida por los medios de masa, incluso cuando está bien preparada, llega a muchos grupos a los que no estaba necesariamente destinada. Un mensaje sencillo puede ser « oído » de manera muy distinta por diferentes grupos o individuos que pueden reaccionar de forma imprevisible. (Por ejemplo, un mensaje no muy bien concebido indicaba que la heroína, si se usa solamente seis veces, puede conducir a la « toxicomanía ». Más tarde, algunos usuarios nuevos declararon que hacía mucho tiempo que deseaban probar la heroína, pero que sólo lo hicieron después de haber comprendido que podían tomarla cinco veces sin peligro.) El empleo deliberado de los medios de masa para informar al público y al usuario potencial de manera tan general que este último renuncie al uso de un tipo de drogas o de todos ellos es un buen ejemplo de la forma de abordar con criterio simplista problemas complejos, criterio que puede producir, desgraciadamente, el efecto contrario. Ello no significa que, en los lugares donde está muy extendido el uso de drogas, no sea útil el empleo de los medios de masa para informar a las personas que sufren problemas relacionados con las drogas acerca de las fuentes de ayuda, o para advertir urgentemente a los usuarios la presencia en la « calle » de drogas peligrosamente contaminadas. La ayuda a esas personas para que eviten el uso de tales sustancias puede salvarles la vida. Los avisos sobre la contaminación tienen también un efecto negativo sobre las relaciones entre los usuarios y los traficantes.

Una encuesta acerca de los programas de información sobre drogas, en los Estados Unidos de América,¹ califica de « escopetazos » un tipo de pro-

¹ Chow, S., Ertle, V. y Keyes, D. (1972) *Drug education*, Washington, D.C., Departamento de Salud, Educación y Asistencia Social, Instituto Nacional de Educación, Estados Unidos de América, PREP Report N° 36.

grama de « educación » preventiva muy extendido, que es con frecuencia el sistema inicial — y poco satisfactorio — de prevención puesto en práctica por una colectividad. Esos programas parecen basarse en el supuesto de que las « inyecciones » periódicas de información y otras respuestas superficiales y parciales pueden prevenir problemas complejos y evidentemente mal conocidos.

« Con frecuencia se ha dicho que la farmacodependencia podría evitarse mediante sencillos programas de información del público ; por desgracia, no existen pruebas en favor de esta afirmación optimista y en cambio hay muchas razones para dudar de ella. » ¹ Por exacta, convincente o adecuada que sea, la información por sí sola no influirá necesariamente sobre el comportamiento hasta que el individuo no la relacione con sus experiencias, percepciones, sentimientos, valores y modo de vida propios. Esto puede lograrse por medio de una gran variedad de técnicas de trabajo de grupo, que van desde los grupos de discusión hasta las técnicas de intercomunicación. Cualquiera que sea la técnica utilizada deberá adaptarse a los valores y las características sociales, étnicas y culturales del grupo de que se trate. La información relativa al uso de las drogas no debe presentarse a grupos numerosos, o incluso más pequeños, sin dar a los individuos interesados la oportunidad de discutir con una persona bien informada en un grupo suficientemente reducido para establecer una comunicación eficaz en ambos sectores, es decir, sin adoptar un criterio más educativo que informativo.

b) Programas de educación

Se ha dicho antes que la educación se equipara, a menudo, pero de manera inexacta con la información, y como los intentos « tradicionales » de modificar el comportamiento con programas de información mal concebidos y defectuosamente ejecutados han provocado decepciones, ambas han caído en el descrédito.

La educación es un proceso bilateral en el cual la facilitación del aprendizaje y de la maduración es más importante que la adquisición de conocimientos. Es un proceso que no se limita al aula y que da por sentado que los individuos para los que se ha preparado el programa participarán activamente en el proceso de su ejecución, evaluación y eventual modificación. Su finalidad es aumentar la capacidad para tomar decisiones, esclarecer los valores y facilitar su puesta en práctica, y desarrollar la aptitud para enfrentarse con diversas situaciones. La educación se ocupa del crecimiento y el desarrollo, y adapta sus actividades al nivel de desarrollo, a los antecedentes sociales y culturales y a los intereses de los participantes. No prescinde, por supuesto, de la información adecuada : la educación no puede tener lugar

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1971, N° 460, pág. 35 (sección 3.4.2).

en el vacío y su elemento esencial es la información. Los programas de educación sobre drogas, que tratan, por medio de la modificación de los intereses y las actitudes, de reducir la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con las drogas en personas implicadas ya en el uso de drogas, o con elevado peligro de estarlo, no deben concentrarse en las propiedades bioquímicas y farmacológicas de determinadas drogas. En cambio, esos programas deben ocuparse de las necesidades y de los problemas personales de los participantes, así como de los factores sociales, culturales y de otro tipo relacionados con el problema del uso de drogas.

Esos programas educativos pueden llevarse a cabo dentro o fuera de la escuela y son igualmente importantes para los adultos y para los jóvenes. El lugar de su ejecución y el personal encargado de su planificación y realización variarán en función de los objetivos bien definidos del programa y de las características y necesidades de los grupos a los que se dirige. Los métodos empleados deben adaptarse también a los objetivos y al grupo.

La eficacia de los programas de educación no se ha evaluado adecuadamente todavía. Las evaluaciones preliminares indican una reducción de algunos tipos de comportamiento relacionados con el uso de drogas y, en algunos casos, una reducción o cesación concomitante del uso de drogas. La educación no tiene un efecto inmediato; no actúa como una inyección. Sin embargo, la educación sobre drogas que tiene en cuenta los conocimientos existentes sobre el aprendizaje, la motivación, el crecimiento y el desarrollo, la comunicación, el comportamiento desviado y destructor y la antropología cultural da, por lo general, los resultados apetecidos. Es preciso ensayarla y evaluarla en diversos medios y con grupos de diferentes tipos, si bien no puede esperarse que influya favorablemente sobre el comportamiento de todos aquellos a los que se pretende llegar, especialmente los que sufren ya problemas relacionados con la dependencia (prevención secundaria).

3.5 Medidas dirigidas principalmente al medio

Las condiciones sociales y económicas adversas y otros factores ambientales, si bien se asocian a menudo con el uso de drogas, no son ni necesarios ni suficientes para provocar el uso de drogas causantes de dependencia de una manera que pueda plantear problemas. Ello no obstante, cualquier situación social que produzca miseria, desamparo (por ejemplo, por falta de trabajo), discriminación o degradación, aumentará la probabilidad de un comportamiento anómalo o destructivo por parte de algunas personas. Que ese comportamiento, si se presenta, tome o no la forma de un problema relacionado con el uso de drogas depende de muchos factores, y en particular de la disponibilidad de drogas, de la significación atribuida al consumo de drogas

por las subculturas y por la sociedad en general, y de los intereses y las necesidades del individuo.

El comportamiento anormal y el conformismo están íntimamente relacionados con los hábitos, las costumbres y las leyes de una sociedad. Se tiende a considerar que el comportamiento indeseable es siempre la consecuencia de aspectos indeseables del sistema social : el mal produce el mal. La obra de algunos sociólogos indica que esta « falacia patológica » deforma el cuadro.¹ Mucho de lo que es desaprobado en una sociedad está íntimamente ligado — tanto causalmente como en sus manifestaciones relativas al comportamiento — con cosas aprobadas y apreciadas. Por ejemplo, la prosperidad financiera, que suele buscarse con avidez, guarda una relación directa con el aumento del uso del alcohol (véase la sección 3.6) y de algunas otras drogas. Se ha señalado con frecuencia en el pasado la relación directa entre el uso de ciertas drogas y la pobreza. Es necesario tener en cuenta ahora la relación que existe en algunos países entre el uso de diversas drogas y la relativa opulencia y la mayor disponibilidad de tiempo libre. Ahora bien, una vez establecida la farmacodependencia, el coste de las drogas y la disminución de la capacidad de trabajo tienden a empujar a esos usuarios hacia el extremo menos favorecido de la escala de ingresos.

Teniendo en cuenta la variedad de usuarios, de drogas y de contextos de uso, así como la interacción de esos tres factores, es poco probable que pueda organizarse un programa de intervención que resulte eficaz en todas las situaciones. Cada contexto requiere un método diferente de prevención. De igual modo, los programas preventivos eficaces para un tipo de droga o un tipo de usuario son a menudo ineficaces para otros tipos. De ahí que sea imposible bosquejar un programa preventivo detallado universalmente aplicable. Cada sociedad debe preparar un programa adaptado a su propia estructura. Además, dentro de cada sociedad puede ser necesaria una variedad considerable de programas para satisfacer las diferentes necesidades de los diversos sectores de la colectividad.

Como se indicó en la sección 3.1, ciertas actividades se consideran intrínsecamente convenientes como medios para mejorar la calidad de la vida o como mecanismos para igualar las oportunidades. Si bien esas actividades pueden ayudar a prevenir cierto tipo de comportamiento anómalo y destructivo, su valor preventivo puede no ser específico con respecto al problema del uso de drogas o a cualquier otra forma de comportamiento anormal ; entran en esta categoría, por ejemplo, las medidas destinadas a reducir la discriminación o a fomentar oportunidades iguales para todos los ciudadanos. Otras medidas pueden guardar una relación mucho más directa

¹ Becker, H. S. (1963) *Outsiders : studies in the sociology of deviance*, Riverside, N. J., Free Press.

con la prevención de los problemas relacionados con el uso extramédico de drogas. Por ejemplo, las medidas encaminadas a modificar las actitudes sociales y la tolerancia ante el uso inmoderado del alcohol y otras drogas.

Al examinar las medidas preventivas dirigidas principalmente al medio, el Comité se ocupó sobre todo de las que son en cierto modo específicas contra los problemas relacionados con las drogas, pero se examinaron también algunos criterios y métodos más generales.

3.5.1 *Vigilancia del medio*

Antes de poder tomar, con suficientes probabilidades de éxito y con una orientación adecuada, medidas que contribuyan a impedir la aparición de problemas relacionados con las drogas o a contrarrestar o resolver esos problemas, una vez planteados, es necesario empezar por comprender con la mayor claridad posible las características y el alcance de los problemas planteados, así como los factores personales, sociales y culturales asociados a su planteamiento. Para ello, hace falta vigilar el comportamiento que induce a tomar drogas y los problemas que esa conducta lleva aparejados en una colectividad determinada. Los problemas relacionados con la droga no son estáticos sino dinámicos y tienden a agravarse o a atenuarse y a variar según las modalidades del uso y las drogas de que se trate. Es preciso estar atento de un modo permanente o ejercer una vigilancia periódica para ver si aparecen problemas nuevos o si se atenúan o desaparecen los antiguos. Esas variaciones pueden ser el reflejo de cambios en el « mundo » de la droga, cambios que pueden indicar la necesidad de modificar los criterios y los métodos preventivos. Con el tiempo, la vigilancia puede revelar también la posible eficacia o ineficacia de una política o actividad determinada. De ciertos acontecimientos temporalmente relacionados entre sí cabe sacar por lo menos algunas deducciones, si no unas conclusiones definitivas.

La vigilancia exige, entre otras, las siguientes actividades : *a*) efectuar encuestas por muestreo basadas en el cálculo de probabilidades ; *b*) obtener datos gracias a observadores bien informados, por ejemplo, usuarios o ex usuarios de droga o miembros de « grupos de contacto » que mantengan relaciones directas u ocasionales con los usuarios de drogas ; y *c*) estudiar las tendencias de ciertos indicadores de los problemas planteados por el uso de drogas. Entre estos últimos figuran : *a*) las tasas de admisión en hospitales de personas aquejadas de distintas complicaciones médicas consecutivas al empleo de drogas (por ejemplo, psicosis tóxicas, hepatitis y otras infecciones) ; *b*) las tasas de primera admisión y de readmisiones de casos en programas de tratamiento de personas dependientes de drogas ; *c*) la incidencia y la naturaleza de los problemas planteados entre personas que acuden a centros de asistencia en fase de crisis ; y *d*) los índices de

detenciones o condenas motivadas por delitos relativos a la droga, tales como la posesión o la venta de esos productos.

Por supuesto, son muchos los factores que influyen en la exactitud y en el detalle con que se registran los casos de esta índole, entre ellos la estigmatización social asociada al uso de drogas (que induce a la ocultación de datos), los factores emocionales, la diversidad de drogas, la necesidad de recurrir a numerosas entidades¹ y la modificación de las normas que rigen las admisiones en programas de tratamiento o de la medida en que se observan esas normas. Estas dificultades, más las que se derivan de la necesidad de respetar el carácter confidencial de las averiguaciones, son las que complican el mantenimiento de los registros centrales de casos (sección 1.1) de usuarios de drogas.² Si esos registros se llevan como es debido en una colectividad, pueden proporcionar una valiosa información sobre las tendencias de la incidencia y la prevalencia del uso de drogas. Sin embargo, suelen proporcionar poca información directa acerca de muchos de los problemas asociados a dicho uso y no suelen ser de utilidad para avisar a tiempo cuando hay cambios importantes en las prácticas del uso de drogas.

Las drogas «callejeras» se pueden fiscalizar en lo que concierne al precio, naturaleza y grado de adulteración, utilizando para ello las que se decomisan o comprándolas con ese fin. De los datos obtenidos de esta manera se desprenderá la eficacia de las normas de control. Además, según se indica en la sección 3.4.3 a), la información relativa a la presencia «en la calle» de drogas peligrosamente contaminadas, transmitidas rápidamente a los consumidores en potencia por conducto de los medios de información en masa o por la prensa «subterránea» permitirá quizá no sólo salvar vidas, sino también obstaculizar la relación entre consumidores y traficantes.

Un sistema permanente de vigilancia, especialmente cuando se basa en la intervención de personas que tengan un estrecho contacto con los que toman drogas de un modo destructor, puede servir para determinar sin pérdida de tiempo la exactitud de rumores y de «informes» acerca de determinados sucesos o situaciones relacionados con la droga, por ejemplo, el número y el comportamiento de jóvenes que hayan participado en una fiesta en la que se han tomado drogas y los tipos de drogas que se han utilizado. En vista de los factores emotivos que caracterizan al uso de drogas con fines no médicos, los «informes» sobre esos casos resultan a menudo inexactos y exagerados. Por eso, las medidas tomadas en respuesta a unos informes imprecisos y cargados de emoción pueden resultar no solamente inadecuadas, sino incluso perjudiciales.

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, págs. 13-16 (sección 2).

² *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, pág. 28 (sección 4.2.2).

El Comité estima que el establecimiento de un sistema objetivo y coordinado de vigilancia con el fin de mantenerse al corriente de los cambios en la naturaleza y el alcance de los problemas planteados en la colectividad por el uso extramédico de drogas causantes de dependencia es un importante elemento de cualquier programa preventivo que se emprenda en esta materia. En todo caso, la definición de los problemas planteados es un primer paso indispensable. No es preciso que los sistemas de vigilancia sean costosos, ni que abarquen sólo a todos los métodos mencionados en los párrafos anteriores. Ahora bien, emprender un importante programa de prevención prescindiendo de esa vigilancia puede resultar muy costoso, por suponer unos esfuerzos inútiles o incluso la agravación de los problemas que el programa debería mitigar.

3.5.2 *Aumento de la eficacia de las trabas sociales*

Como se indica en la sección 3.4.1 a), las trabas sociales se derivan de las relaciones familiares y personales así como de las leyes, hábitos y costumbres de la colectividad. Existe una relación dinámica entre la ley y la medida en que se acepta socialmente el consumo de drogas; cada uno de estos factores puede reforzar el otro, y de hecho así ocurre.

a) *Legislación*

En esta materia, las leyes y reglamentos pueden tener los objetivos siguientes: limitar la disponibilidad de drogas causantes de dependencia; autorizar o fomentar la organización de medios y servicios de tratamiento, de corrección y de represión; establecer el tratamiento obligatorio de las personas que toman drogas causantes de dependencia de un modo destructor o ilícito; castigar a las personas por el uso de drogas o por actos estrechamente relacionados con ese uso (por ejemplo, la tenencia de drogas o su venta, en cantidades, incluso pequeñas); sancionar o someter a cuarentena a los individuos que se dedican al tráfico de drogas; y disuadir a otros del consumo o del tráfico de estos productos.

En la sección 3.3 se exponen las medidas relativas a la disponibilidad de drogas. La importancia de establecer los servicios necesarios de tratamiento, corrección y represión es de por sí evidente. Sin embargo, las opiniones a este respecto varían en lo que hace a la importancia que ha de darse a cada uno de esos tipos de servicio y a la utilidad de determinados medios y métodos para cada uno de ellos.

En lo que hace a la obligatoriedad del tratamiento de personas dependientes de la droga, el Comité opinó que seguía siendo válida la conclusión a que había llegado en su 18º informe, a saber que «...los datos clínicos no son suficientes para aprobar o desaprobar las diversas modalidades de

tratamiento obligatorio ; lo que sí parece indudable es que, pese a la considerable experiencia adquirida, la detención obligatoria no resulta por sí sola beneficiosa ».¹

En cuanto a las observaciones y opiniones relativas a la procedencia de « imponer castigos por el consumo de drogas o por actos relacionados con dicho consumo », ² que figuran en el informe del Grupo de Estudio de la OMS sobre la Juventud y las Drogas, el Comité manifestó que en general estaba de acuerdo con dicho Grupo y resumió su parecer del modo siguiente :

1. La imposición de sanciones penales a las *personas dependientes de drogas* no suele impedirles que vuelvan a tomar esos productos cuando se les brinda de nuevo la oportunidad.

2. La amenaza de sanciones penales todavía más graves no disuade por lo general a una *persona dependiente de la droga* del uso de tal producto de un modo que probablemente estará asociado a la aparición de problemas.

3. Según toda probabilidad, la medida en que los no usuarios, los usuarios « experimentales » y los usuarios ocasionales se abstendrán de tomar drogas por temor a las sanciones legales (detención y condena) está más relacionada con la probabilidad de que esas sanciones se impongan efectivamente que con la severidad de las penas. La proporción de personas no dependientes que dejarán de tomar drogas por temor a una posible sanción variará sin duda según el tipo de droga y el momento y lugar de su consumo. En términos generales, sin embargo, hay que esperar que la existencia de sanciones legales contribuya a reducir la aceptación social del uso de drogas.

4. « Es importante que se reduzcan hasta donde sea posible las discrepancias existentes entre la política oficial (reglamentos u otras disposiciones) y su aplicación. » ³

5. « Cuando se recurre al castigo para tratar problemas relacionados con el uso extramédico de drogas causantes de dependencia, ese castigo debe ser proporcional a la gravedad del delito, en función de los daños reales o posibles que podría causar a los demás o al propio delincuente. »³ Unas sanciones penales graves por la posesión de pequeñas cantidades de una droga destinada al uso personal resultan no menos improcedentes que la imposición de penas leves a grandes traficantes de drogas cuyo uso según

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1970, N° 460, pág. 30 (sección 3.3.5).

² *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 516, págs. 35-37 (sección 5.3.4).

³ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 516, pág. 37 (sección 5.3.4).

toda probabilidad producirá dependencia, tanto si esos traficantes toman también droga como si no. « En vista de las observaciones precedentes sobre 1) la « eficacia » del castigo como medio disuasivo, 2) la conveniencia de reducir las discrepancias entre una política y su aplicación, y 3) la importancia de adaptar la pena a la gravedad del delito, no parece que en la mayor parte de los casos esté indicado el encarcelamiento por la posesión de pequeñas cantidades de drogas causantes de dependencia destinadas a uso personal. »¹ El Comité está también de acuerdo en que « debe hacerse todo lo posible por quitar su carácter delictivo al consumo de drogas en las jurisdicciones donde se considera un delito ». ¹ Una de las razones que aconsejan proceder de este modo es que « es muy conveniente que los consumidores de drogas y el « personal asistencial » se pongan en contacto voluntariamente, lo cual será muy difícil de conseguir mientras se impongan sanciones legales contra el uso de las drogas ». ¹

b) Hábitos, costumbres y actitudes sociales

Aparte de las leyes y reglamentos vigentes en una colectividad, sus hábitos y costumbres sociales contribuyen también a fomentar o, por el contrario, a limitar los comportamientos anormales de tipo destructor. Es evidente que muchos de esos factores pueden tener una influencia decisiva sobre el uso de drogas relacionado con problemas, aunque no sean factores específicos del consumo de drogas y de los problemas asociados a este uso. Entre los factores generales que ejercen influencia a este respecto figura la naturaleza de las normas y valores de la colectividad (sección 1.3), de la vida familiar, de las tradiciones y de las instituciones docentes y religiosas. En una medida nada desdeñable, esos factores influyen en el tipo de sujetos que manifestarán una desviación del comportamiento y en el tipo de comportamiento anormal y destructor que manifestarán.

Más concretamente relacionadas con los problemas que plantea el empleo extramédico de drogas están las creencias y suposiciones más generalizadas sobre las « causas » del consumo de drogas y los « efectos » de esa conducta (sección 2). Es interesante observar, por cierto, que las creencias y actitudes de la gente están más a menudo relacionadas con la sustancia en sí y con su aceptación social por la colectividad que con el alcance y la gravedad de los problemas individuales o sociales planteados por el uso inmoderado de la droga. En algunos países, la cannabis está considerada como la droga « problema » mientras que no se da la misma importancia al alcohol ; en otros países puede ocurrir lo contrario.

Se ha observado a menudo que muchas personas viven en medios culturales que facilitan la aparición de actitudes positivas con respecto al uso

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 516, pág. 37 (sección 5.3.4).

de drogas y a la modificación del estado de ánimo. Esas actitudes pueden verse reforzadas por la publicidad de sustancias generalmente aceptadas por la sociedad, como el alcohol (véase la sección 3.6.3), y de no pocos medicamentos a los que se atribuye la virtud de aliviar la mayoría de las pequeñas molestias y muchos de los trastornos graves que sufre el hombre. Se arguye que esa publicidad ha suscitado, en algunos países, una actitud cultural orientada hacia la droga que induce a creer que existe una sustancia para el alivio de cada problema. Esto se dice con frecuencia para favorecer una actitud de aceptación del uso ilícito de drogas, pero la verdad es que la validez de esta suposición no se ha investigado a fondo. Aunque no resulte concluyente, un estudio reveló que los jóvenes que usan drogas eran más receptivos a los anuncios de productos farmacéuticos que los no usuarios.¹ Aunque no sea probable que la prohibición, incluso total, de los anuncios de drogas destinados al público en general baste para resolver los problemas asociados al uso del alcohol (sección 3.6.3) y de otras drogas causantes de dependencia, incumbe a quienes se benefician con las ventas de esas sustancias (sin excluir a los gobiernos) la obligación de explicar por qué la sociedad debe seguir tolerando lo que es probablemente un importante factor de agravación. No cabe duda de que procede seguir investigando la cuestión de la publicidad de las drogas.

Aparte del problema planteado por la propaganda comercial, los medios de comunicación de masa han contribuido, en muchos lugares, a rodear de fascinación, mediante canciones o de otro modo, la participación en actividades ilícitas relacionadas con la droga, particularmente por medio de algunos cantantes muy conocidos y de conciertos muy concurridos. Algunos estiman que con el aparente descenso del llamado "movimiento hippie", ese factor podría ser menos importante de lo que era, por lo menos en lo que se refiere a su relación con la música.

Independientemente de las actitudes generales acerca del uso de drogas causantes de dependencia, las colectividades tienen convicciones particulares sobre lo que cabe considerar efectivamente como un uso apropiado o aceptable de ciertas drogas. Esas actitudes tienen especial importancia en la medida en que rigen la cantidad, el momento, el lugar y otras circunstancias del uso de alcohol y otras drogas, cuyo uso en cada lugar es legal o, por lo menos, aceptado y tolerado.

La mayoría de los consumidores experimentales u ocasionales de drogas, es decir los que *no son ya dependientes* de una droga, responderán en su forma de tomar esta sustancia a las actitudes manifiestas o previsibles

¹ United States National Commission on Marihuana and Drug Abuse (1973) *Second report. Drug use in America: problem in perspective*, Washington, D.C., U. S. Government Printing Office, pág. 390.

de los pequeños grupos o de la colectividad a que pertenezcan. Si, por ejemplo, conducir después de haber bebido alcohol es algo que está proscrito desde el punto de vista social, muchas personas se abstendrán de hacerlo. En algunos países, es costumbre que grupos de personas que van a acudir a una reunión en la que se consumirán bebidas alcohólicas elijan como conductor a uno de los miembros del grupo, que en principio habrá de abstenerse de beber en esa ocasión. Respondiendo a esas exigencias sociales, el conductor así designado podrá evitar un accidente provocado por el alcohol. En algunos medios culturales la embriaguez — cualquiera que sea su causa — se tolera gustosamente en diversas circunstancias, mientras que en otros medios el uso inmoderado y repetido de bebidas alcohólicas en un grupo determinado puede provocar rápidamente una manifestación de reprobación social. Una vez advertido, el usuario ocasional e imprudente podrá volverse más circunspecto y dejará rápidamente de convertirse en un usuario dependiente.

La prevención tiene dos objetivos principales, en relación sobre todo con el medio social y cultural inmediato y general de los usuarios potenciales o efectivos de drogas, que son: *a)* ayudar a las autoridades de cada colectividad a comprender mejor las relaciones entre el hombre y la droga y entre el hombre que usa drogas y la sociedad, y *b)* contribuir a intensificar la influencia de los hábitos sociales y de las costumbres en la prevención de los problemas planteados por el uso de drogas.

Tal vez parezca innecesario afirmar que el propósito de la disuasión es tratar de evitar daños para el individuo o la sociedad; por eso precisamente, una política o una medida adoptada para prevenir ese daño no ha de resultar más nociva que el daño que se pretende impedir. Algunas actitudes socioculturales pueden traducirse y de hecho se han traducido en respuestas que, en nombre de la disuasión, resultan no sólo perjudiciales para el individuo y para la sociedad sino también de dudoso valor disuasorio (véase también la sección 3.5 *a)*). Esas actitudes, igual que las que reflejan una tolerancia destructora, requieren especial atención.

Es posible oponerse a una desviación del comportamiento mostrando una desaprobación proporcional a la gravedad de la desviación, cuando ésta se produce. Para mostrar desaprobación, no suele ser necesario ni conveniente rechazar a la persona que manifieste el comportamiento anormal. Ese rechazo puede ser más nocivo que beneficioso. Es posible también prevenir un comportamiento anormal ofreciendo a los individuos ocasiones de dedicarse a actividades interesantes y satisfactorias desde el punto de vista personal en sustitución del comportamiento inapropiado; estas actividades, o soluciones interesantes, se examinan en la siguiente sección (véase asimismo la sección 3.4.2).

Por supuesto, es más fácil enunciar los objetivos y principios que se

acaban de exponer que ponerlos en práctica. Sin embargo, a menos que se incorporen esos principios a las actividades preventivas, es poco probable que éstas logren su objetivo. A este respecto, procede recordar que los programas destinados a « educar » tienen mayores probabilidades de resultar disuasorios que los que tienden simplemente a « informar » (véase también la sección 3.4.3). El ejemplo, especialmente el que dan las autoridades de la colectividad y los grupos de compañeros, puede influir poderosamente sobre las actitudes y el comportamiento.

3.5.3 *Soluciones interesantes*

En no pocos países, se tienen claros indicios de que ciertos jóvenes, con frecuencia miembros de grupos minoritarios, están excesivamente representados en los grupos que tienen algo que ver con el uso (relacionado con problemas o de otro tipo) de drogas socialmente desaprobadas. Se ha alegado que un factor común a muchos de esos grupos es que sus miembros se sienten separados o privados de los valores de la cultura dominantes y que por lo tanto están más predispuestos a manifestar un comportamiento contrario a esos valores. Es más, se cree que algunos de esos grupos han recurrido al uso de drogas, particularmente de las que no se emplean tradicionalmente en la cultura dominante, como símbolo de alejamiento de esa cultura. El uso de drogas en esas condiciones puede o no resultar en un daño derivado de la interacción hombre-droga, pero está a menudo asociado con dificultades en la relación entre el hombre y la sociedad. Esas dificultades pueden provenir de que el grupo adopte valores ajenos a la cultura dominante o de su separación voluntaria de esa cultura por ésta u otras razones. Por otra parte, las dificultades entre el hombre y la sociedad pueden haber surgido en gran parte como resultado de la estigmatización y rechazo subsiguientes por la sociedad del grupo de que se trate, al que se reprocha un comportamiento o unas ideas fuera de lo corriente. En cualquier caso, el uso anormal de drogas por personas « enajenadas » contribuye a que la sociedad las considere como tales y, por lo menos en ese sentido, puede ser un factor de agravación de las dificultades en la relación entre el hombre y la sociedad.

La mayoría de las personas comparten cierto número de necesidades humanas fundamentales, tanto si, como individuos, se sienten extraños a la cultura dominante, usan drogas causantes de dependencia de un modo que pueda plantear problemas o corren un grave riesgo de hacerlo, como si no se encuentran en ninguna de esas situaciones. Entre estas necesidades cabe mencionar las siguientes : *a*) satisfacer su curiosidad ; *b*) experimentar un placer (de los sentidos, intelectual, emocional, como relajación o como estimulante); *c*) adquirir un sentido de identidad (quién es uno, a quién se parece o no se parece) ; *d*) poseer un cierto grado de independencia de

criterio y de acción ; e) ser considerado por lo que uno está haciendo, puede hacer o ha hecho ; f) ser aceptado por algunos compañeros ; g) poder confiar en alguien y h) dar algún sentido a la vida. Este « sentido de la vida » puede ser tan limitado (y difícil) como obtener la satisfacción inmediata de todos sus deseos o tan amplio (y difícil) como eliminar todos los problemas asociados con el uso de drogas causantes de dependencia.

Estas necesidades varían de intensidad según las personas y en una misma persona según los momentos. Por lo general, se busca no sólo su satisfacción en un momento dado, sino una satisfacción repetida en el tiempo. Es precisamente para satisfacer esas necesidades por lo que a menudo se inicia, se prosigue o se interrumpe la toma de drogas (sección 2). En torno a la satisfacción de esas necesidades se forman los grupos de compañeros (sección 3.4.2) y asimismo en torno a esa satisfacción se han encontrado y pueden encontrarse otras soluciones interesantes que sustituyan al comportamiento destructor que representa el uso de drogas.

Probablemente, muchas personas que padecen problemas asociados al uso de drogas podrían reducir o interrumpir ese uso si se aplicaran medidas que les permitieran satisfacer el tipo de necesidades que tratan de satisfacer con el uso de las drogas. Del mismo modo, cabe suponer que poner esas actividades al alcance de personas gravemente expuestas al riesgo de verse envueltas en el uso de drogas podría resultar un medio mucho más eficaz de reducir o prevenir el problema planteado por la droga que colaborar en el tratamiento, incluida la rehabilitación, de las personas que experimentan ya esos problemas.

El tipo y la gama de actividades que en principio puedan servir para satisfacer una o más de las necesidades humanas fundamentales antes mencionadas no tienen más límites que la imaginación de quienes estén encargados de organizarlas. A título meramente indicativo cabe mencionar las siguientes categorías generales y ejemplos de actividades : a) participar en actividades colectivas (por ejemplo, artes y artesanía, atletismo, estudio de idiomas, música, asuntos públicos o acontecimientos de actualidad, actividades religiosas) ; b) ayudar a otras personas (por ejemplo, trabajar como auxiliar en un hospital ; participar en servicios sociales u otras actividades que impliquen contacto con la gente ; actuar de ayudante o de instructor en un terreno de juego, en un centro juvenil o en otra actividad de grupo ; entrar en contacto con usuarios de drogas necesitados de ayuda ; ayudar a ex usuarios de drogas y a sus familiares ; actuar como miembro de un equipo de salvamento o de un cuerpo de bomberos voluntarios) ; c) participar en actividades de mejora del medio (por ejemplo, lucha contra la contaminación, colaboración para el mejoramiento de parques, terrenos de juego o instalaciones recreativas, trabajos de conservación de la natu-

raleza y de la fauna salvaje; aprovechamiento de zonas desérticas; y d) ayudar a encontrar trabajo a las personas en paro forzoso.

Para encontrar unas actividades interesantes que puedan reemplazar el uso efectivo o potencial de drogas acompañado de problemas, tal vez una de las medidas más importantes consista en *consultar a los « consumidores »* — es decir, a los posibles participantes — acerca de sus intereses y de los deseos que sienten como individuos y como miembros de grupos de compañeros. Si esas actividades de sustitución no resultan suficientemente atractivas para las personas en cuyo beneficio se organizan, la participación será escasa o nula.

El hecho de que esas actividades de sustitución se organicen en el seno de la cultura dominante o fuera de ella tiene escasa importancia, salvo en la medida en que pueda influir sobre la decisión de los usuarios — efectivos o potenciales — de droga que mantienen una actitud hostil y destructora, de participar o no en esas actividades. Si, por cualquier razón, se logra reducir sensiblemente el uso de droga relacionado con problemas, interrumpirlo o prevenirlo entre sujetos y grupos marginados, la cuestión de saber si conviene o no que esas personas adopten de nuevo los valores de la cultura dominante plantea problemas que en gran parte están fuera del ámbito del presente informe. Ahora bien, la cuestión puede ser pertinente cuando la probabilidad de caer en el uso de drogas relacionado con problemas es mayor entre las personas que permanecen « al margen » que entre las que se reintegran en la cultura dominante. Hay que tener en cuenta que los factores del medio que se oponen al uso de drogas relacionado con problemas, así como otros factores que favorecen ese uso, se encuentran tanto fuera como dentro de la mayoría de las culturas dominantes.

3.5.4 *Alivio de las tensiones generales del medio*

Las tensiones profundas, particularmente cuando se piensa que se derivan de prácticas y actitudes injustas, pueden hacer que algunas de las personas que sufren esas tensiones estén más expuestas a comportarse de manera anormal y a veces destructora que si no estuvieran sometidas a esas tensiones. Entre los tipos de tensiones impuestas por el medio que a este respecto se mencionan a menudo, cabe citar : a) la discriminación racial o de otro tipo ; b) la falta de oportunidades ; c) la falta de higiene o de seguridad en el trabajo ; d) las prácticas injustas en los negocios o en el trabajo ; e) las viviendas insalubres ; f) la pobreza ; y g) la falta de consideración que cada uno merece. Dando por supuesta la disponibilidad de drogas causantes de dependencia, todo lo que sea aliviar esas tensiones generales puede contribuir a reducir las probabilidades de un comportamiento destructor que impulse a tomar drogas.

Se ha sugerido que tal vez conviniera dar a algunos problemas generales de carácter social un objetivo concreto de prevención en lo que respecta a los problemas planteados por la droga. Podría, por ejemplo, darse prioridad en los planes de renovación urbana a las barriadas donde se sabe que hay una elevada prevalencia o incidencia de problemas de ese tipo. Podría darse prioridad en materia de concesión de viviendas provisionales o permanentes a los grupos muy expuestos a experimentar problemas relacionados con la droga (por ejemplo, a ciertos inmigrantes), con el fin de ayudarles a estabilizar su situación. De igual modo se podría prestar una asistencia especial a quienes hayan usado, estén usando o puedan correr el riesgo de usar droga, para encontrar un empleo o tener acceso a servicios sociales o médicos de los que a veces están excluidos.

Sin duda, mucha gente objetará que el uso de droga no debe convertirse en un « billete de favor » para la obtención de servicios especiales o prioritarios. Cada colectividad habrá de tomar la decisión que proceda, en función de la extensión y la gravedad de los problemas planteados por el uso de droga en relación con otros problemas que exijan su atención. No obstante, se ha comprobado que los problemas relativos a la droga suscitan dificultades no sólo para los usuarios, sino para toda la sociedad, y que los problemas ordinarios menos importantes, aunque tal vez menos acuciantes, se suelen resolver con más facilidad que los que se plantean más tarde, pero en mayor escala.

Dada la importancia de los factores sociales y culturales para el desarrollo y el comportamiento de las personas, los cambios de las bases materiales o del medio en que se desarrolla una sociedad *no ofrecen muchas probabilidades* de reducir el uso, relacionado con problemas, de drogas causantes de dependencia si no van acompañados de cambios paralelos en el plano social y cultural. Por el contrario, si van acompañados de esas modificaciones, los planes de ordenación y renovación urbana, y la construcción de viviendas adecuadas y de instalaciones recreativas podrán contribuir sin duda a reducir la frecuencia de los comportamientos anormales y destructores y en particular del relacionado con el uso de drogas. Es urgente emprender estudios más detenidos sobre estas relaciones. Teniendo en cuenta la interacción y la influencia recíproca de los factores físicos, sociales y culturales del medio, los cambios del medio físico de una subcultura o de la sociedad en general, pueden favorecer las variaciones socioculturales y servir al mismo tiempo de indicio externo de esa evolución.

Sin embargo, la preocupación por el consumo de drogas y los problemas que ello acarrea no debe ser la única razón para tratar de poner remedio a las situaciones que reducen la dignidad del hombre o le privan de su sentimiento de consideración y realización personales, de identidad, de integridad y de esperanza.

3.6 Consideraciones especiales relativas a las bebidas alcohólicas

La mayoría de las dificultades que presenta la prevención de los problemas individuales, sanitarios y sociales asociados con el consumo de drogas causantes de dependencia distintas de las bebidas alcohólicas se encuentran también cuando se trata de estas últimas sustancias. Sin embargo, en muchos países los problemas asociados con la ingestión de alcohol no sólo son mucho mayores que los provocados por otras drogas causantes de dependencia, sino que su prevención y solución se ven complicadas por los siguientes factores :

1. El uso de bebidas alcohólicas está tan generalizado que ha llegado a ser banal : su consumo es legal y se admite o tolera en casi todo el mundo.
2. El consumo de alcohol no sólo no tiene efectos nocivos directos y demostrables sobre la salud o la situación social de la gran mayoría de los consumidores, sino que éstos lo encuentran agradable o satisfactorio en muchos sentidos.
3. La producción y distribución de bebidas alcohólicas es el medio de vida de millones de personas, y fuente de importantes ingresos para los gobiernos.
4. Aun cuando sólo una proporción relativamente pequeña de los bebedores padecen efectos perjudiciales directos, es tan grande el número de consumidores que el total de personas que experimentan esos efectos se ha de calcular no en centenares o millares, sino en millones.

En muchos países, el número de personas que sufren los efectos nocivos del consumo de alcohol rebasa sensiblemente el de las afectadas por cualesquiera de las demás drogas causantes de dependencia que se examinan en el presente informe. Para poner de relieve la magnitud del problema puede ser útil establecer una comparación con trastornos más conocidos. Se ha dicho que en numerosos países únicamente el cáncer y las enfermedades cardiovasculares superan al alcohol en cuanto al número de víctimas, a los sufrimientos que provocan en los pacientes y en sus allegados o a los costes humanos y económicos para el conjunto de la colectividad. Aunque sea difícil verificar la exactitud de esa comparación, es evidente que los problemas relacionados con el alcohol son sumamente graves. En los últimos años han aumentado mucho en numerosos países las tasas de uso « excesivo » del alcohol, y la mortalidad y morbilidad consiguientes. Durante el mismo periodo, la suavización de las medidas de lucha contra el alcoholismo y la mayor prosperidad económica han facilitado la adquisición general de bebidas alcohólicas.

3.6.1 Problemas relacionados con el consumo «excesivo» de bebidas alcohólicas

a) Aumento de la mortalidad

Estudios recientes han revelado que en algunos países existe una correlación positiva entre el consumo de alcohol por habitante, la tasa de mortalidad por cirrosis hepática y el «consumo excesivo» (promedio de ingestión diaria superior a 150 ml de alcohol absoluto).^{1, 2} Ese promedio de consumo diario superior a 150 ml es el que se observa en alcohólicos tratados clínicamente, y va acompañado de un elevado riesgo de cirrosis hepática.³ En 1970, alcanzaban ese nivel entre el 1 y el 9 % de las personas de 15 o más años de edad residentes en 25 países (Cuadro 1). Puede observarse que existe una correlación positiva significativa entre el nivel elevado de ingestión media por habitante y un porcentaje alto de «consumo excesivo» (compárense los datos correspondientes a los países que aparecen tanto

CUADRO 1. NUMERO DE PERSONAS CUYO CONSUMO MEDIO DIARIO DE ALCOHOL ABSOLUTO ES SUPERIOR A 150 ml : PROPORCION POR 100 000 HABITANTES DE 15 AÑOS O MAS EN 25 PAISES, 1970 *

País	Nº de personas con un consumo medio diario superior a 150 ml	País	Nº de personas con un consumo medio diario superior a 150 ml
Francia	9 050	República Democrática Alemana	2 760
Italia	7 390	Estados Unidos de América	2 690
España	5 350	Yugoslavia	2 680
Luxemburgo	5 000	Dinamarca	2 470
República Federal de Alemania	4 820	Canadá	2 460
Portugal	4 690	Gran Bretaña	2 130
Suiza	4 420	Suecia	1 990
Unión Soviética	4 290	Países Bajos	1 870
Austria	3 690	Polonia	1 870
Bélgica	3 650	Irlanda	1 830
Hungría	3 630	Finlandia	1 500
Australia	3 290	Noruega	1 150
Nueva Zelanda	3 040		

* De Lint, J. (1974) The epidemiology of alcoholism... En: Kessel, N. y cols., ed., *Alcoholism: A medical profile. Proceedings of the First International Medical Conference on Alcoholism*, Londres, 10-14 September 1973, Londres. B. Edsall.

¹ Lederman, S. (1964) *Alcool, alcoolisme, alcoolisation, mortalité, morbidité, accidents du travail*, París, Presses Universitaires de France; *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, Nº 516, pág. 11 (sección 2.3.1).

² 150 ml de alcohol absoluto equivalen a 375 ml de whisky (40 % de alcohol), a 937 ml de vino (16 % de alcohol por término medio) o a 3000 ml de cerveza (5 % de alcohol).

³ de Lint, J. y Schmidt, W. (1971) *Brit. J. Addict.*, **66**, 97-107.

CUADRO 2. PRECIO RELATIVO DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS, CONSUMO TOTAL (CONTANDO EL PORCENTAJE DE LOS PRODUCTOS DE DESTILERIA) Y MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA EN DIVERSOS PAISES

País	Consumo de alcohol ^a	Porcentaje de los productos de destilería en el consumo total ^b	Precio relativo ^c	Mortalidad por cirrosis hepática ^d
Francia	24,66	13,5	0,016	51,7
Italia	18,00	12,6	0,027	30,5
Portugal	17,57	4,1	0,023	48,0
Austria	14,47	18,2	0,025	38,5
República Federal de Alemania	13,63	21,2	0,026	29,0
Australia	10,71	^e	0,029	7,8
Checoslovaquia	10,27	17,4	0,080	14,8
Canadá	8,95	36,0	0,029	11,6
Bélgica	8,42	15,0	0,022	14,2
Reino Unido	7,66	14,2	0,057	4,1
Irlanda	7,64	34,4	0,092	5,0
Dinamarca	7,50	17,2	0,069	11,6
Países Bajos	6,19	37,0	0,028	5,7
Finlandia	4,16	46,7	0,117	5,4

^a Litros de alcohol absoluto consumidos por habitante de 15 años o más en 1966 ó 1967. Datos reunidos por la Addiction Research Foundation, Toronto (Canadá).

^b de Lint, J. y Schmidt, W. (1971) The epidemiology of alcoholism. En: Israel, Y., ed., *Biological basis of alcoholism*, Nueva York, John Wiley & Sons; Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (1969), *Verslag over het jaar*, 1968, Schiedam.

^c El precio de 10 litros de alcohol absoluto contenidos en la bebida más barata de las que pueda disponer el consumidor, dividido por los ingresos personales netos. Datos reunidos por la Addiction Research Foundation, de Toronto, y procedentes de los departamentos oficiales competentes de cada país.

^d Tasa anual de mortalidad por 100 000 habitantes de 20 años o más. Datos del *Demographic Yearbook 1966*, Nueva York, Oficina Estadística de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 1967.

^e No se dispone de datos.

en el Cuadro 1 como en el Cuadro 2).¹ En el Cuadro 2 figura la relación positiva entre el consumo por habitante y la mortalidad por cirrosis hepática. No obstante, los datos del Cuadro 3 y de la Fig. 1 no permiten determinar si el aumento del número de defunciones por cirrosis observado entre

¹ «En un grupo dado, la proporción de personas que consumen una cantidad superior a la mencionada está relacionada no sólo con el consumo medio de los componentes del grupo, sino también con la medida en que ciertos individuos ingieren cantidades considerablemente superiores o inferiores al promedio. En consecuencia, el consumo medio de alcohol de un grupo en el que todos sus componentes beben aproximadamente la misma cantidad (variabilidad pequeña) puede ser semejante al de otro grupo en el que ciertos individuos beben habitualmente mucho, mientras que otros beben relativamente poco (variabilidad grande). Es evidente que por factores biológicos, la cantidad que puede consumir una persona no puede rebasar determinados límites» (*Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 516, pág. 11 (sección 2.3.1)).

CUADRO 3. CONSUMO DE ALCOHOL, PRECIO RELATIVO DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS Y MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA EN LA PROVINCIA DE ONTARIO (CANADA) DE 1928 A 1967 *

Año	Consumo de alcohol ^a	Precio relativo ^b	Mortalidad por cirrosis hepática ^c
1928	2,81	0,102	4,4
1929	3,09	0,099	4,1
1930	3,00	0,101	3,8
1931	2,64	0,112	4,0
1932	2,05	0,148	4,2
1933	1,77	0,153	4,2
1934	2,09	0,137	4,2
1935	2,41	0,112	4,2
1936	3,05	0,097	4,2
1937	3,36	0,086	4,5
1938	3,68	0,085	5,0
1939	3,55	0,082	5,2
1940	3,64	0,074	5,0
1941	4,00	0,068	4,9
1942	4,73	0,063	5,0
1943	4,91	0,064	4,8
1944	4,46	0,069	4,6
1945	4,86	0,064	4,9
1946	5,82	0,069	5,4
1947	6,50	0,065	6,0
1948	7,09	0,057	6,5
1949	7,18	0,058	7,2
1950	7,23	0,055	7,7
1951	7,23	0,052	7,5
1952	7,32	0,051	7,7
1953	7,64	0,055	8,3
1954	7,73	0,056	8,7
1955	7,55	0,047	8,8
1956	7,91	0,045	9,4
1957	7,86	0,044	10,3
1958	7,96	0,043	11,0
1959	7,77	0,043	11,5
1960	8,14	0,043	11,8
1961	8,14	0,043	11,6
1962	8,23	0,041	11,3
1963	8,46	0,040	11,4
1964	8,73	0,039	11,9
1965	8,77	0,038	12,6
1966	9,18	0,039	12,9
1967	8,91	0,035	13,2

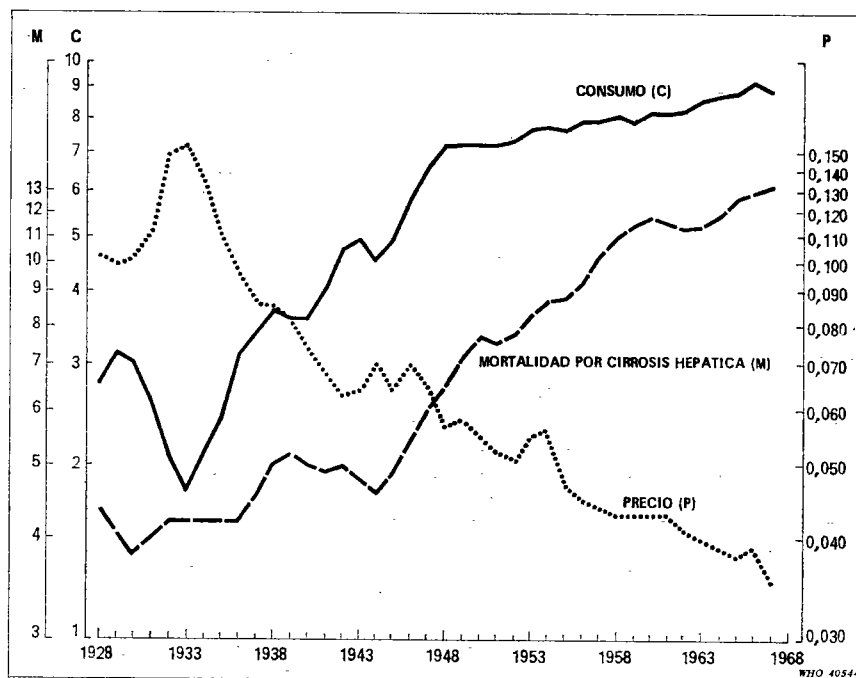
* Popham, R. E., Schmidt, W. y de Lint, J. (1975) The prevention of alcoholism : epidemiological studies of the effect of government control measures. En : Ewing, J. A., ed., *Drinking*, Chicago, Nelson-Hall (en prensa).

^a Litros de alcohol absoluto consumidos por habitante de 15 años o más.

^b Precio medio de 10 litros de alcohol absoluto dividido por los ingresos personales netos.

^c Promedios móviles centrados calculados con cifras bianuales de la mortalidad debida a cirrosis hepática por 100 000 habitantes de 20 años o más, corregidos para tener en cuenta las diferencias entre la Quinta y la Sexta Revisión de la Lista Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción (véase Popham, R. E. (1956) *Quart. J. Stud. Alcohol*, 17, 570; Organización Mundial de la Salud (1952) *Comparability of statistics on causes of death according to the Fifth and Sixth Revisions of the International List* (Ginebra).

FIG. 1. CONSUMO DE ALCOHOL, PRECIO RELATIVO DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS Y MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA EN LA PROVINCIA DE ONTARIO (CANADA) DE 1928 A 1967 *



* Popham, R. E., Schmidt, W. y de Lint, J. (1975) The prevention of alcoholism: epidemiological studies of the effect of government control measures. En: Ewing, J. A., ed., *Drinking*, Chicago, Nelson-Hall (en prensa).

1928 y 1967 en la provincia de Ontario (Canadá) se debió principalmente al aumento constante del consumo medio de alcohol o a la modificación gradual y continua de otros factores en el curso de ese periodo. En todo caso, los estudios efectuados sobre ciertos grupos de grandes bebedores han demostrado que sus índices de mortalidad por todas las causas son de dos a cuatro veces mayores que los del resto de la población (Cuadro 4).

En un estudio realizado por la Fundación Finlandesa de Estudios sobre Alcoholismo se calculaba que entre 1960 y 1968 la producción mundial de bebidas alcohólicas había aumentado en la proporción siguiente :

cerveza	41 %
vino	15 %
bebidas alcohólicas destiladas	40 %

**CUADRO 4. MORTALIDAD EN EXCESO EN ALGUNAS MUESTRAS
DE CONSUMIDORES INMODERADOS DE ALCOHOL ***

Investigador	Muestra	Número de defunciones		
		Observadas	Previstas	Observadas Previstas
Gillis	802 pacientes tratados por alcoholismo, Sudáfrica	90	22,9	3,9
Pell y D'Alonzo	899 empleados « alcohólicos », Estados Unidos de América	102	31,7	3,2
Brenner y cols.	1 343 pacientes tratados por alcoholismo, Estados Unidos de América	217	72,6	3,0
Nicholls y cols.	935 pacientes tratados por alcoholismo, Inglaterra	309	112,7	2,7
Sundby	1 722 hombres con diagnóstico de alcoholismo, Noruega	1 061	496,9	2,1
Giffen y Oki	343 hombres delincuentes en estado de embriaguez, Canadá	191	89,7	2,1
Schmidt y de Lint	6 514 pacientes tratados por alcoholismo, Canadá	738	346,2	2,0

* de Lint, J. (1974) The epidemiology of alcoholism... En : Kessel, N. y cols., ed., *Alcohol: A medical profile. Proceedings of the First International Medical Conference on Alcoholism, 10-14 September 1973*, Londres, Medical Council on Alcoholism.

Además, el consumo de bebidas alcohólicas por habitante en Europa aumentó durante el mismo periodo en un 17 %.¹ Desde el punto de vista de la salud pública es evidente la necesidad de encontrar el modo de detener o invertir la tendencia actual hacia el aumento del consumo de alcohol en todo el mundo con el consiguiente deterioro de la salud.

b) Accidentes de tráfico y de otro tipo

Está demostrado que el alcohol es un factor causal importante de los accidentes en los que intervienen peatones y automóviles u otros medios de transporte y que provocan lesiones corporales. Se ha comprobado igualmente la eficacia de algunas medidas preventivas encaminadas a reducir el número de los accidentes relacionados con el alcohol. Por ejemplo, en un informe² preparado en el Reino Unido, se dice que los accidentes

¹ Sulkunen, P. (1973) *Alkoholipolitiika*, 4, 147-154.

² The Road Safety Act, 1967, and its effect on Road Accidents in the United Kingdom, Ministerio de Transporte, Londres, citado en *Alkohol und Verkehrssicherheit, Konferenzbericht der 5. Internationalen Konferenz über Alkohol und Verkehrssicherheit, Freiburg im Breisgau, 22-27 September 1969*, sección IV, págs. 8 y 10.

de tráfico disminuyeron considerablemente a raíz de la promulgación de una nueva ley donde se establecía para los conductores un nivel máximo permisible de alcohol en la sangre y se les obligaba a someterse a la determinación del alcohol en el aliento en circunstancias especificadas.

Según el informe, durante el primer año de aplicación de esa ley, hubo concretamente « 1152 muertos menos, 11 177 heridos graves menos y 28 130 heridos leves menos... Se llegó a la conclusión de que el establecimiento de un límite máximo de alcohol en la sangre para los conductores del Reino Unido produjo, inicialmente al menos, una disminución sensible de los accidentes de tráfico en carretera ». Como parece que últimamente se está invirtiendo la tendencia inicial convendría examinar más detalladamente la cuestión antes de poder determinar la eficacia relativa de un programa de esa índole.

Los principales elementos de los programas establecidos en diversos países (por ejemplo, Canadá, Estados Unidos de América, Noruega, Reino Unido y Suecia) para reducir los accidentes del tráfico relacionados con el alcohol son los siguientes :

- 1) legislación en la que se fijan un límite máximo admisible de alcohol en la sangre y penas para las personas que conduzcan con niveles superiores al máximo ;
- 2) procedimientos para imponer la observancia de la ley, acompañados de los métodos adecuados para medir el nivel del alcohol en el aliento o en la sangre con objeto de descubrir a los transgresores ; y
- 3) educación del público.

Entre los numerosos factores de los que depende la relativa eficacia de esos programas para alcanzar los fines propuestos, los principales son la aplicación enérgica de la ley y la uniformidad del castigo ; es probable que la gente se abstenga de conducir después de beber si está convencida de que los transgresores serán descubiertos y castigados. Los programas que se ocupan del problema de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol son buen ejemplo de métodos para la prevención primaria de las complicaciones provocadas por el alcohol. El objetivo principal no es impedir que se beba ni impedir que se conduzca, sino la combinación de ambas cosas. Como esos programas suelen ser bien aceptados por el público, incluso en los países donde se considera normal el consumo de alcohol, pueden transformarse en una importante fuente de iniciativas gubernamentales para la prevención de los problemas relacionados con las drogas.

La mayoría de los estudios sobre los accidentes del tráfico relacionados con las drogas se han centrado hasta ahora en el alcohol. Sin embargo, otras drogas psicoactivas tomadas por separado o en combinación con el

alcohol están adquiriendo una importancia creciente a este respecto a medida que son consumidas por una proporción cada vez mayor de la población. A juzgar por algunos estudios realizados, parece que los consumidores de diversas drogas (estimulantes, sedantes, tranquilizantes y alcohol) tienen más accidentes de lo que cabría esperar teniendo en cuenta su edad, su sexo y su exposición al tráfico (medida en función de las distancias recorridas).¹ Además, el alcohol y ciertos sedantes, lejos de limitarse a sumar sus efectos sobre la capacidad para conducir, se refuerzan mutuamente.²

Evidentemente, los programas destinados a prevenir los accidentes del tráfico relacionados con el alcohol son sumamente necesarios y deben ser objeto de la máxima prioridad en las zonas donde el tráfico de vehículos es intenso y donde el medio social favorece el consumo moderado o elevado de alcohol.

c) *Repercusiones de orden económico*

Los efectos de orden económico de las enfermedades relacionadas con el alcohol sobre los servicios de salud de diversos países son considerables. Estudios realizados en Francia, Canadá, Finlandia y Estados Unidos de América revelan que la proporción de personas que sufren enfermedades relacionadas con el alcohol entre los pacientes hospitalizados oscila entre el 10 y el 50 %. En un país, más del 40 % del presupuesto total de los servicios de salud se dedica al tratamiento de enfermedades relacionadas con el alcohol y el 50 % aproximadamente de las camas de los hospitales están ocupadas por enfermos que padecen ese tipo de enfermedades.³ Conviene advertir que estas cifras no comprenden capítulos tan importantes como los gastos de diversos programas de asistencia social para problemas relacionados con el alcohol, los gastos ocasionados por el aumento del absentismo en el trabajo o por los accidentes en la industria, o el coste de los accidentes del tráfico relacionados con el alcohol y de las lesiones y muertes consiguientes. Por ejemplo, estudios practicados en Canadá y en los Estados Unidos de América han puesto de manifiesto que el alcohol es un factor importante en aproximadamente el 50 % de las defunciones causadas por accidentes de automóviles.⁴ Un cálculo de todos los gastos ocasionados

¹ Smart, R. G., Schmidt, W. y Bateman, K. (1969) *J. Safety Res.*, 1 (2), 67-73.

² Kieholz, P., Goldberg, L., Obersteg, J. I., Pöldinger, W., Ramseyer, A. y Schmidt, P. (1969) *Dtsch. med. Wschr.*, 94, 301-306.

³ Bresard M. (1969) *Rev. Alcohol.*, 15, 81-96.

⁴ Campbell, E. (1969) *Mod. Med. (Minneap.)*, 24, 35-42; Departamento de Transportes de los Estados Unidos (1968) *1968 Alcohol and highway safety report. A study transmitted by the Secretary of the Department of Transportation for the Congress, in accordance with the requirements of Section 204 of the Highway Safety Act of 1966, Public Law 89-564*, Washington, D.C., U. S. Government Printing Office, pág. 14.

por los problemas relacionados con el alcohol revelaría probablemente que, en algunos países, son superiores al total de los ingresos que perciben los gobiernos por la venta de bebidas alcohólicas.

Aunque los datos disponibles no permiten afirmar que los sistemas de monopolio estatal¹ por comparación con los basados en la concesión de licencias sean particularmente eficaces para regular el consumo, los primeros impiden al menos la proliferación de grupos económicamente interesados en fomentar el consumo del alcohol y, por lo tanto, opuestos a la organización de programas preventivos eficaces.

3.6.2 Consumo de distintos tipos de bebidas alcohólicas

Suele afirmarse que los problemas sanitarios y sociales relacionados con el alcohol son menos frecuentes en los países donde se consume de preferencia cerveza o vino que en los países donde es mayor el consumo de licores. Algunos gobiernos han obrado en consecuencia y han aplicado medidas fiscales diferentes con el fin de fomentar el consumo de la cerveza y del vino en lugar de bebidas con un contenido de alcohol más elevado. El examen de las publicaciones y estadísticas procedentes de muy diferentes sectores no permite corroborar esa afirmación.^{2, 3} Del Cuadro 2 (página 69) se desprende que los países donde el consumo medio de alcohol es mayor no siempre son aquellos en los que la proporción mayor del alcohol se toma en forma de licores.

En el Cuadro 2, la correlación positiva entre el consumo de alcohol por habitante y la mortalidad por cirrosis hepática es sumamente significativa ($P \leq 0,001$), sin que influya en ello el porcentaje que corresponde a los productos de destilería en el consumo total de alcohol. No existe, por otra parte, relación significativa entre la mortalidad por cirrosis y el porcentaje del consumo de licores *en sí*.⁴ No obstante, la mortalidad por cirrosis no es el único indicador que permite medir la influencia de la graduación o de otras características de una bebida sobre la frecuencia de los problemas relacionados con el alcohol. Se necesitan, por ejemplo, más datos sobre la relación entre el consumo de licores y diversos compor-

¹ Para un examen detenido de los efectos de diversas medidas gubernamentales de lucha contra el hábito de beber véase Popham, R. E., Schmidt, W. y de Lint, J. (1974) The effects of legal restraint on drinking. En: Kissin, B. y Begleiter, H., ed., *Biology of Alcoholism*, Vol. IV: *Social biology*, Nueva York, Plenum Publishing Corp. (en prensa).

² de Lint, J. y Schmidt, W. (1971) The epidemiology of alcoholism. En: Mardones, J. e Israel, Y., ed., *Basic aspects of alcoholism*, Nueva York, John Wiley & Sons.

³ No obstante, tal vez convenga seguir estudiando la procedencia de fomentar la sustitución de las bebidas con un contenido de alcohol del 5 % o más por otras cuyo contenido de alcohol sea inferior al 2 %.

⁴ Es decir, una vez descontados los efectos del consumo total de alcohol.

tamientos antisociales asociados con la embriaguez. También es preciso estudiar más a fondo la posible contribución especial de la cerveza y del vino a los diversos problemas relacionados con el consumo « excesivo » de bebidas alcohólicas.

3.6.3 *Publicidad*

En las publicaciones científicas se ha escrito poco acerca del efecto de los diversos tipos y formas más o menos llamativos de publicidad sobre el consumo de alcohol, pero es difícil imaginar que la industria alcoholera continúe asignando grandes sumas a la publicidad sin que sus estudios de mercado le hayan aportado la prueba de que esos gastos están justificados. Es bien sabido que la modalidad y a veces el volumen de venta de muchos productos de consumo pueden verse favorablemente afectados por la publicidad, y no hay motivos para pensar que las bebidas alcohólicas puedan diferir en este aspecto. Ello no obstante, se admite que una determinada compañía, dentro de la industria, pueda considerar « justificada » la publicidad como medio de mantener o aumentar su participación en el mercado, sin sentir ninguna necesidad de mostrar que sus esfuerzos publicitarios contribuyen a un aumento general del consumo de los productos de esa industria. Existen manifiestamente fuerzas más poderosas que la publicidad comercial que contribuyen al uso del alcohol. En algunos países donde la producción de bebidas alcohólicas es un monopolio del Estado no existe publicidad costeada por la industria; sin embargo, algunos de esos países, igual que los que permiten la publicidad, se enfrentan con problemas de alcoholismo muy considerables. Si la publicidad comercial se eliminara en los países donde existe ahora, lo más probable es que esa medida no tuviera ningún efecto apreciable sobre los hábitos de las personas ya dependientes del alcohol o de las muy acostumbradas a usarlo de una manera casual sin ningún problema particular. No obstante, es evidente que, en numerosos países, la publicidad puede contribuir a reforzar el interés general por el alcohol y a elevar el grado de aceptación del consumo de bebidas alcohólicas en general (véase la sección 3.5.2 *b*), lo que difícilmente puede favorecer los esfuerzos desplegados por ciertos servicios (por ejemplo, los departamentos de sanidad y de regulación del tráfico) para reducir el volumen del problema de la bebida. En la medida de lo posible, es preciso restringir o prohibir la publicidad comercial.

3.6.4 *Grado de aceptación*

El grado en que un gobierno puede utilizar las medidas restrictivas como los impuestos para ayudar a prevenir los problemas sanitarios y sociales relacionados con el alcohol dependerá en parte de la actitud pre-

dominante hacia el uso del alcohol (o su « grado de aceptación ») en el país de que se trate. En los países de « gran aceptación », por ejemplo, el consumo de bebidas alcohólicas tiende a integrarse plenamente en las actividades cotidianas. Con frecuencia se desconocen, o se conocen mal, los peligros del consumo intenso y crónico de alcohol y se considera como normal y « viril » el consumo regular de cantidades bastante grandes. En esos países, las restricciones legales son escasas o nulas aparte del pago de una patente y de impuestos muy bajos sobre el alcohol, y son elevadas las cifras de consumo y numerosos los problemas relacionados con el alcohol. En cambio, en los países de « poca aceptación » puede prevalecer un sentimiento de « temperancia » y el abuso del alcohol se considera por lo común perjudicial para la salud. Las restricciones legales tienden a ser numerosas y los impuestos sobre el alcohol suelen ser elevados. Estos países se caracterizan por las bajas cifras de consumo de alcohol y por la escasez de problemas sanitarios y sociales relacionados con dicho consumo.

3.6.5 *El precio en relación con el poder adquisitivo*

De todas las medidas preventivas posibles, la fijación de precios, sea regulada por los impuestos o por otros medios, parece ser el instrumento más eficaz de que disponen muchos gobiernos para reducir el consumo medio de alcohol por habitante y, con ello, la extensión y la gravedad de los problemas sanitarios y sociales relacionados con el alcohol. Ello no obstante, no hay que esperar que la fijación de precios influya en la misma medida sobre todos los problemas relacionados con el alcohol ni que modifique los hábitos de todos los consumidores de bebidas alcohólicas.

En la fijación de precios no debe tenerse en cuenta el *precio absoluto* de las bebidas alcohólicas sino su *precio relativo*, es decir el precio medio de una cantidad determinada de alcohol expresado como una fracción del ingreso disponible medio. Los estudios hechos en Canadá han revelado que el precio relativo está estrechamente relacionado con los índices de consumo de alcohol y con ciertos problemas sanitarios de origen alcohólico. Cuando el precio relativo era alto, el consumo y la mortalidad por cirrosis eran bajos y viceversa. Como se ha dicho antes, los datos del tipo indicado en el Cuadro 3 (página 70) no permiten determinar si el aumento de la tasa de mortalidad por cirrosis está relacionado principalmente con el aumento regular del consumo de alcohol por habitante o con algún otro factor que evoluciona progresivamente con el tiempo. Sin embargo, en los Cuadros 2 y 3 puede verse, después de la eliminación del efecto temporal, una correlación negativa significativa entre el precio relativo y el nivel de consumo. No se conoce ningún caso de una población en la cual un precio relativo elevado vaya acompañado de un índice relativamente alto de problemas de origen alcohólico (véanse los Cuadros 2 y 3 y la Fig. 1).

Teniendo en cuenta la estrecha relación inversa existente entre el «grado de aceptación» de un país y la posibilidad política de adoptar un «sistema de precio relativo» fijado por el gobierno para la protección de la salud, sería necesario probablemente adoptar medidas enérgicas para conseguir el apoyo del público a un sistema de ese tipo, particularmente en los países de «gran aceptación».¹ Hay que tener en cuenta que los aumentos del precio relativo afectarán a todas las personas que consumen bebidas alcohólicas, es decir tanto a la gran mayoría que no experimenta efectos adversos directos sobre su salud o su situación social como a la minoría que los experimenta. Además, esos aumentos podrían tener una influencia mayor sobre los hábitos de consumo del primer grupo que en las personas del grupo minoritario, especialmente de aquellas que son ya dependientes del alcohol. Para obtener el apoyo del público a la política de precios relativos altos, será necesaria una mayor comprensión individual y pública de los siguientes extremos:

- 1) los peligros personales del consumo inmoderado de alcohol;
- 2) las consecuencias humanas económicas y de otro tipo que tienen para la sociedad los niveles elevados de consumo, por ejemplo, los accidentes de automóvil, las pérdidas industriales, los gastos sanitarios y de asistencia social, y la delincuencia;
- 3) los beneficios individuales y sociales de las medidas apropiadas de prevención y de lucha.

Es particularmente importante que el público llegue a comprender mejor este último punto, pues el aumento de los impuestos, por ejemplo, está considerado generalmente por el público como una simple medida gubernamental destinada a obtener fondos para los diversos servicios necesarios. Rara vez se consideran los impuestos como una posible medida destinada a reducir la amplitud y la gravedad de los problemas sanitarios y sociales.

Los problemas de educación e información, y en particular la difusión de informaciones por los medios de masa, podrían utilizarse para favorecer la aceptación pública de una política de aumento del precio de las bebidas alcohólicas, especialmente en los países donde su uso está muy extendido.

¹ En algunas situaciones puede ser conveniente tener en cuenta la relación entre el precio absoluto y el nivel de consumo o la relación entre el ingreso disponible medio y el consumo, en lugar de concentrarse únicamente en el precio relativo de las bebidas alcohólicas en relación con el consumo. Por ejemplo, cuando el ingreso disponible es muy bajo o muy alto, un aumento sustancial del precio puede provocar menos fluctuaciones en el nivel de consumo que cuando la cuantía de los ingresos es menos extrema. Por otra parte, los hábitos bien establecidos de consumo de bebidas alcohólicas (tipos de bebidas, circunstancias del uso) pueden verse menos afectados por los cambios en el precio, en los ingresos, o en ambos, que los hábitos no tan sólidamente arraigados.

En esas circunstancias, hay poco peligro de estimular más interés por el alcohol que el que ya existe.

3.6.6 Recomendaciones

Teniendo en cuenta el carácter pandémico de la tendencia al consumo de alcohol, son necesarias nuevas iniciativas en los planos internacional, regional, nacional y local para contribuir a reducir la amplitud y la gravedad de los problemas individuales, sanitarios y sociales concomitantes. Con ese fin se recomienda que la OMS estudie rápidamente la posibilidad de invitar a los gobiernos :

- 1) a que presten una atención especial a la amplitud y gravedad de los problemas individuales, sanitarios y sociales asociados con el uso corriente de bebidas alcohólicas en la mayoría de los países, y a la tendencia generalizada hacia niveles más altos de consumo ;
- 2) a que estudien detenidamente la magnitud de los costos humanos y financieros, tanto directos como indirectos, de los problemas sanitarios y sociales relacionados con el alcohol en comparación con los ingresos privados y públicos (beneficios, salarios, impuestos) y otras ganancias relacionadas con la producción y el consumo de bebidas alcohólicas ;
- 3) a que revisen, en los países donde está permitida la venta de bebidas alcohólicas, la política vigente en materia de impuestos y otros medios de establecer el nivel de los precios, con el fin de estudiar la influencia del costo de tales bebidas, en relación con el poder adquisitivo medio de la población, sobre la amplitud y la gravedad de los diversos problemas relacionados con el alcohol ;
- 4) a que eliminen en la mayor medida posible la publicidad de las bebidas alcohólicas en los medios de información de masa ; y
- 5) a que organicen programas eficaces de educación a información destinados a contribuir al logro de los objetivos señalados anteriormente.

Se recomienda además que la OMS periódicamente :

- 1) convoque grupos de expertos para analizar y estudiar el alcance de las investigaciones y otros datos relacionados con la prevención de los problemas planteados por el uso de bebidas alcohólicas, y
- 2) comunique los resultados de su trabajo a los gobiernos, y otras organizaciones, instituciones y personas interesadas.

3.7 Acción concertada

La acción concertada (es decir la acción que se planifica conjuntamente y se lleva a cabo de una manera cooperativa o armoniosa) es difícil de lograr

en muchos sectores de actividad ; esto es particularmente cierto cuando se trata de prevenir o, una vez que surgen, de resolver los problemas relacionados con el uso de drogas causantes de dependencia. La naturaleza y la amplitud de esos problemas difieren de un lugar a otro y con el paso del tiempo. Además, no se ha comprobado la existencia de una « causa » única de esos problemas o del comportamiento que lleva el consumo de drogas ; es evidente que en todo ello intervienen factores farmacológicos, personales y del medio (sociales, culturales y económicos). Existen muchas opiniones diferentes acerca de la interrelación y de la importancia de cada uno de esos factores, opiniones que están influidas por sistemas de valores sociales, culturales y personales diferentes, así como por testimonios procedentes de diversos estudios científicos. A causa de esta diversidad de opiniones, muchas organizaciones y organismos oficiales y benéficos,¹ así como numerosas disciplinas profesionales,² desempeñan importantes funciones en los esfuerzos para prevenir los problemas de que se trate. A pesar de esa diversidad o, tal vez, precisamente a causa de ella, es importante que haya un acuerdo general por parte de los que intervienen en cuanto a los objetivos que deben lograrse y un entendimiento mutuo sobre los sistemas y los métodos que deben usarse. Sin ese acuerdo y entendimiento, es probable que las acciones emprendidas sean discordantes, confusas e ineficaces, o incluso contraproducentes, es decir que agraven el problema en lugar de aliviarlo.

3.7.1 *Funciones necesarias*

Para facilitar la acción concertada, es necesario ante todo definir de una manera general las funciones y las actividades que conviene armonizar. Los medios apropiados para una función o un tipo de actividad pueden ser menos adecuados para otros, y diferentes grupos de individuos pueden intervenir en la ejecución de diversas funciones.

Las siguientes funciones sucesivas intervienen en la ejecución de un sistema preventivo flexible y dinámico que favorecerá la planificación continua y el desarrollo del programa : a) definición de la naturaleza de la situación : problemas específicos que hay que prevenir o reducir en una colectividad determinada ; b) planificación ; c) prestación de los servicios previstos ;

¹ Por ejemplo, los que se ocupan de educación, represión, intereses de los ciudadanos, medidas de corrección, salud, industria, administración judicial, trabajo, legislación, medios de información de masa, asociaciones de padres, religión, asistencia social, rehabilitación profesional y de otro tipo, y juventud.

² Por ejemplo, bioestadística, religión, psicofarmacología clínica, psicología clínica, antropología cultural, economía, educación, epidemiología, periodismo, medicina interna, derecho, pedagogía, ciencias políticas, administración de salud pública y asistencia social y sociología.

d) acopio de los datos necesarios para la evaluación del programa ; e) evaluación de esos datos ; y f) modificación del programa para satisfacer las necesidades nuevas, para eliminar las medidas ineficaces o contraproducentes, para dar prioridad a las actividades más eficaces y para ensayar sistemas o métodos nuevos.

La definición de la situación exige la identificación clara de la naturaleza o el carácter de los problemas que hay que afrontar antes de trazar los planes de ataque. No es fundamental conocer plenamente la extensión o la magnitud de los problemas, a diferencia de lo que ocurre con su carácter, antes de planificar o de emprender alguna actividad preventiva. El *carácter* de un problema indicará en gran parte la calidad o la naturaleza de una respuesta apropiada. La *extensión* o magnitud del problema indica principalmente el tamaño o la intensidad de la respuesta necesaria, pero no la naturaleza de esa respuesta. En la sección 3.5.1 se examinan algunos aspectos de esta primera función.

Existen varios *principios de planificación del programa* que, si se observan, facilitarán más tarde la acción concertada : ¹

1. La planificación, así como la organización de programas en esta esfera, exige el conocimiento de varias disciplinas y organizaciones.
2. La planificación nacional exige la cooperación y participación de a) personas plenamente informadas de las actitudes, las costumbres y los recursos del país o localidad donde se va a ejecutar el programa ; b) personas familiarizadas con los problemas sanitarios y sociales relacionados con el uso de drogas ² y con los diversos medios empleados para su prevención, tratamiento y fiscalización ; y c) personas que desempeñan o van a desempeñar funciones importantes para la ejecución del programa.
3. Los objetivos específicos, así como las metas generales, deben formularse en términos tan mensurables como sea posible (sección 3.2) ; deben establecerse para esos objetivos prioridades y fechas de ejecución a largo plazo y más inmediatas.
4. Los criterios y las medidas de ellos derivados deben identificarse para su uso subsiguiente en la evaluación del grado en que se está alcanzando cada uno de los objetivos.
5. Los programas en gran escala deben basarse en premisas científicamente comprobadas. Cuando estas premisas falten, un sistema o método

¹ Cameron, D. C. (1971) *Crónica de la OMS*, 25, 9-18 ; Hilleboe, H. E. y Schaefer, M. (1967) *Papers and bibliography on community health planning*, Albany, N.Y., Graduate School of Public Affairs, State University of New York at Albany.

² Incluidas, si es posible, personas que hayan experimentado personalmente problemas relacionados con la droga.

propuesto deberá ensayarse primero en un proyecto piloto y sólo se aplicará en gran escala después de haberse comprobado su utilidad. Si no es posible realizar un ensayo piloto (por ejemplo, a causa de las limitaciones de tiempo o de la dificultad de encontrar grupos testigo adecuados), un programa en gran escala sólo se emprenderá si está basado en hipótesis operativas generalmente aceptadas por personas bien informadas del tipo enumerado en el apartado 2 y que representen al menos tres o cuatro disciplinas profesionales.

6. Deben tomarse disposiciones para desarrollar las actividades en el orden adecuado, por ejemplo, en lo que se refiere a) al alcance del programa (pasando de grupos limitados de personas, zonas geográficas o tipos de drogas a otros más amplios o adicionales); b) la formación (hay que formar al personal necesario antes de iniciar actividades suplementarias); y c) la garantía de la disponibilidad de servicios de asesoramiento, tratamiento y otros servicios auxiliares antes de emprender campañas de localización de casos.

Es evidente que la aplicación de medidas preventivas orientadas principalmente hacia la limitación de la disponibilidad de las drogas supone la intervención de disciplinas, organizaciones y organismos distintos de los que intervienen en la ejecución de medidas preventivas dirigidas sobre todo a los individuos y los pequeños grupos y al medio. La acción concertada de esas disciplinas y organismos se verá sensiblemente facilitada si los dirigentes principales de la colectividad que van a intervenir directamente en el programa preventivo, y otras personas cuyas opiniones y actitudes contribuyen a modelar los valores sociales y culturales y las distintas creencias, tienen la oportunidad de informarse acerca de los objetivos, los métodos y las bases del programa antes de iniciar las actividades principales, es decir, fomentando, en la mayor medida posible, un entendimiento y una « doctrina » comunes.

Entre las organizaciones y organismos más importantes que pueden contribuir al sistema concertado figuran los servicios sanitarios y sociales, las instituciones docentes (tanto oficiales como privadas), los órganos responsables de la represión y las instituciones legislativas y judiciales. Esos organismos existen en casi todos los tipos de sociedad. En muchos países se dispone también de programas especiales para la juventud. Deben tenerse igualmente en cuenta las opiniones y las contribuciones de los economistas, los sociólogos, los antropólogos culturales, los dirigentes de la industria y de los sindicatos, los historiadores, el clero y otros profesionales.

La función de la *evaluación* se examina en la sección 3.8. Aquí nos limitaremos a señalar que, para obtener una apreciación objetiva adecuada de tales programas, deben figurar entre los evaluadores personas que no sólo

conozcan a fondo los métodos de evaluación y las actividades preventivas del tipo que se va a evaluar sino que no estén directamente interesadas en el programa de que se trate.

3.7.2 Medios de fomentar la acción concertada

Desde un principio debe hacerse una distinción entre, de una parte, la ejecución de actividades afines de una manera cooperativa o incluso integrada, y, de otra, la coordinación o la verdadera fusión de la estructura orgánica. El segundo no es más que uno de los métodos posibles para conseguir una prestación de servicios coordinada y armoniosa; sin embargo, no siempre contribuye a este fin, y cuando lo hace, no basta para cubrir las necesidades. En todo caso, es poco probable que todas las organizaciones y organismos gubernamentales, sin hablar de los benéficos, se organicen principalmente en torno a la prestación de servicios en esta esfera.

El foco de la acción concertada debe ser la ejecución de determinadas *medidas* dirigidas esencialmente hacia el logro de *objetivos* especificados. Entre las medidas posibles figuran: *a)* diversos planes o acciones encaminados a prevenir el uso relacionado con problemas de drogas que causan dependencia; *b)* medios preventivos y de otro tipo destinados a reducir la amplitud y la gravedad de los problemas que afectan a las personas entregadas ya al uso de drogas (por ejemplo, las actividades terapéuticas, comprendida la rehabilitación, y las actividades contra el tráfico ilícito de drogas); y *c)* todas las actividades relacionadas con la droga y otras actividades afines en los sectores de la educación, la salud y la asistencia social. Los objetivos pueden definirse en función de: *a)* subdivisiones geográficas o políticas (por ejemplo, nacional, regional, municipal, vecinal); *b)* personas particulares (por ejemplo, dirigentes de la colectividad, miembros de ciertas profesiones, individuos o grupos muy expuestos a verse envueltos en el uso de droga de manera que pueda provocar problemas); y *c)* la disponibilidad o el uso de una droga determinada (por ejemplo, el alcohol u otra droga causante de dependencia aceptada localmente en comparación con las drogas cuyo uso no es aceptado socialmente).

Se plantea también la cuestión de cómo coordinar mejor ciertas actividades innovadoras con los servicios existentes en la esfera de la prevención. Son ejemplos característicos de estos nuevos métodos la busca de presuntos usuarios, el contacto con ellos y otras actividades iniciales de localización de casos, así como ciertos servicios destinados a ayudar a las personas en dificultad a resolver problemas personales urgentes. Teniendo en cuenta que muchas personas marginadas son reacias a buscar ayuda en las instituciones tradicionales, identificadas con la cultura dominante, ciertos servicios deben prestarse en lugares desprovistos de ese carácter, independientemente de que el nuevo servicio esté patrocinado en parte o en su tota-

lidad por un organismo sanitario o de asistencia social de tipo tradicional. Los servicios « nuevos » y « viejos » deben ser complementarios y prestarse de una manera cooperativa y armoniosa. Es dudoso que cualquiera de ellos pueda cumplir sus funciones si ambos se han integrado plenamente al principio. Sin embargo, es enteramente posible que pueda emprenderse más tarde una integración más completa, si se juzga conveniente.

Para facilitar la acción concertada dentro de las organizaciones, y entre las que son directamente responsables de la aplicación del programa, se han utilizado varias técnicas de las que cabe citar las siguientes :

1) El uso de juntas y de comités especiales o permanentes cuidadosamente seleccionados en los diversos niveles de la organización de la colectividad para colaborar en el estudio de la situación y en la planificación y la ejecución de programas, por ejemplo :

- a) organismos asesores suficientemente representativos encargados de los aspectos técnicos del programa ;
- b) organismos asesores suficientemente representativos encargados principalmente de mejorar las relaciones de la colectividad con el programa y viceversa ;
- c) organismos de coordinación (especialmente los que abarcan varios organismos) encargados de la armonización voluntaria de las actividades de diferentes organizaciones u organismos que persiguen el mismo fin ; y
- d) organismos de inspección facultados no sólo para orientar o fomentar la cooperación voluntaria sino para controlar los gastos del sistema y otros afines.

2) El uso de actividades conjuntas de observación y de formación en los planos interorgánico e interdisciplinario, por ejemplo :

- a) las visitas de observación repetidas i) al local o al « escenario » donde tiene lugar el consumo de drogas, como los barrios de maleantes, las tabernas, los fumaderos y ciertos clubs, y ii) a los lugares donde van o son conducidos los usuarios cuando se encuentran en dificultad, como los centros de desintoxicación, las clínicas de consulta externa y los hospitales y las salas de urgencia, los centros de crisis, los centros de contacto, las cárceles, los tribunales y las instituciones con dormitorios y comedores para servicios temporales o de urgencia ;
- b) la participación — y no la observación meramente pasiva — en diversas « colectividades terapéuticas » u otras actividades preventivas u orientadas hacia el tratamiento ; y
- c) la utilización de conferencias, grupos de discusión y seminarios con la presencia o no de representantes de organizaciones que no son directamente responsables de la ejecución del programa, por ejemplo

grupos de padres y maestros, de otras organizaciones benéficas y del público en general.

Se reconoce que algunas organizaciones tienden a hacer las cosas muy a su manera — como algunos individualistas que se aferran a sus ideas — y que algunas de esas y otras organizaciones pueden ser reacias a aceptar responsabilidades o, por el contrario, propensas a usurparlas. Todo ello exige mucha tolerancia por parte de los que tienen a su cargo la promoción de la acción concertada. Se reconoce asimismo que muchas personas sólo empiezan realmente a cooperar cuando llegan a conocerse y confían unos en otros. El medio más importante de fomentar la planificación conjunta y la ejecución cooperativa de las actividades dirigidas a un fin común, tal vez sea dar oportunidades para que las principales personas interesadas lleguen a conocerse bien. Esto no quiere decir que la confianza y el respeto mutuos surgirán siempre en tales circunstancias, pero es improbable que se establezcan esas actitudes entre personas totalmente extrañas.

3.8 Función de las investigaciones

Se carece de los datos necesarios acerca de numerosos aspectos de los problemas asociados con el uso de drogas causantes de dependencia y en particular de información sobre la eficacia de las distintas medidas de intervención, tanto preventivas como terapéuticas. La posibilidad de que ciertos programas preventivos hayan resultado contraproducentes pone de manifiesto la urgente necesidad de determinar la utilidad de las actividades en curso.

Teniendo en cuenta la evidente gravedad de los problemas relacionados con la droga, numerosos funcionarios y organizaciones se han sentido obligados a « hacer algo » al respecto, sin determinar primero el valor de ese « algo ». Esto es comprensible, pero no es una razón suficiente para seguir haciendo lo mismo durante un periodo prolongado sin comprobar las hipótesis que sirven de base a la acción o la eficacia de esa acción para lograr su objetivo. Es preciso aprender de la experiencia y luego cerciorarse de que la información resultante llega a los responsables del mantenimiento o de la modificación de una política determinada.

Para contribuir a alcanzar el objetivo general que consiste en mejorar las intervenciones preventivas (y de otro tipo) destinadas a evitar o reducir los problemas asociados con el uso de drogas causantes de dependencia, es preciso responder a las tres preguntas siguientes :

1. Ante un problema dado ¿ provoca una determinada intervención un cambio del problema y representa ese cambio una mejora más que un empeoramiento ?

2. ¿Cómo se puede reforzar un cambio de carácter positivo?
3. ¿Cómo puede conseguirse ese cambio con el menor costo posible en términos humanos y financieros?

Esas preguntas se refieren tanto a las actividades actuales como a las que se preparan para el porvenir, y se examinan en las siguientes secciones.

3.8.1 Estudios de evaluación

Las posibilidades de dar una respuesta precisa a la primera pregunta enunciada aumentarán en la medida en que se logre plantear en términos operativos precisos cada uno de los tres elementos que entran en la pregunta:

- a) el problema que se trata de resolver, y el objetivo correspondiente;
- b) el método de intervención que ha de utilizarse para alcanzar el objetivo;
- y c) los criterios que se han de aplicar para medir el grado de cambio en el problema original.

En lo que se refiere al elemento a), sería insuficiente fijar un objetivo impreciso e indiferenciado, como es «detener el «abuso» de la droga». Los objetivos han de formularse en términos que sean tan precisos y apreciables cuantitativamente como sea posible, por ejemplo:

- 1) ayudar a los maestros de la escuela primaria de la colectividad A a comprender mejor la influencia de los factores personales, sociales y culturales que intervienen en el consumo de drogas por los niños preadolescentes de esa colectividad; o

- 2) reducir las tasas de morbilidad y de mortalidad provocadas por el uso de drogas «de la calle» diversamente adulteradas en la colectividad B.

De igual modo, expresar el método de intervención en términos generales y vagos, como es «un programa de información y educación que comprenda el empleo de medios de información colectiva», no facilitará la evaluación. Se necesita, pues, un planteamiento operativo específico de los medios que se han de emplear. Volviendo a las situaciones hipotéticas mencionadas en los párrafos 1) y 2), la formulación correcta de los métodos de intervención podría ser:

- 1) diez seminarios de 2 horas sobre el problema de que se trate para los maestros de escuela primaria de la colectividad A, celebrados semanalmente y dirigidos por el Dr. X, utilizando los materiales de estudio especificados; o

- 2) difusión inmediata de avisos dirigidos a los usuarios de drogas de la colectividad B siempre que se descubran adulterantes peligrosos en las drogas «de la calle» requisadas o adquiridas periódicamente con fines de vigilancia.

Los mismos principios se aplican a la formulación del elemento c), que se refiere a los criterios que se han de aplicar para medir la naturaleza y el grado de cambio del problema. No hay que basarse sólo en las impresiones, por ejemplo, de la persona que ha iniciado un « programa de información y educación » acerca del actual nivel de « abuso » de la droga. Los criterios fenomenológicos o funcionales que han de aplicarse en la medición del cambio deben ser específicos, bien definidos y tan susceptibles de medición cuantitativa como sea posible. Por ejemplo, puede evaluarse el grado de cambio por :

- 1) la medición de los conocimientos y actitudes sobre el uso de la droga de los participantes en el seminario celebrado en la colectividad A, antes y después del mismo, utilizando medios de prueba normalizados ; o
- 2) la determinación y comparación de las tasas de ingreso en los hospitales de la colectividad B a causa de complicaciones relacionadas con el uso de drogas « de la calle » adulteradas, antes y después de la difusión de « avisos sobre la adulteración ».

La probabilidad de poder efectuar evaluaciones razonablemente comparables de a) distintas medidas preventivas dentro de una colectividad o un programa dados, o b) los mismos u otros métodos en diferentes programas o colectividades, aumentará en la medida en que los tres elementos citados no sólo puedan ser formulados con precisión y en términos operativos, sino también *normalizados* y aceptados antes de la evaluación. Esa normalización facilitará sin duda la comparabilidad de los propios programas, así como de sus evaluaciones.

Es posible emplear dos tipos de datos como indicadores del carácter y la amplitud de los problemas relacionados con la droga en un momento dado, y de sus variaciones a lo largo del tiempo : a) datos ya disponibles, que se recogen en general para fines no necesariamente relacionados con la vigilancia del uso de drogas causantes de dependencia (por ejemplo, estadísticas demográficas e información de los servicios de salud y asistencia social, de la policía y de los tribunales), y b) datos nuevos recogidos expresamente para contribuir a resolver los problemas relacionados con el uso de la droga. Sin embargo, las numerosas organizaciones que compilan y registran datos del primer tipo utilizan diversos métodos y definiciones, y sin duda seguirá siendo así porque esos datos se utilizan en relación con fines y actividades muy distintos. Para hacerse una idea del significado de los diversos datos, es necesario no sólo conocer las definiciones y los métodos de recogida de datos, sino también estar al tanto de los acontecimientos de importancia que pueden influir sobre ellos (por ejemplo, la frecuencia de las detenciones por un delito determinado puede aumentar o disminuir a causa de cambios en la política de aplicación de la ley o de modificaciones en la frecuencia del

delito). Los datos ya disponibles suelen ser más útiles como indicadores de las tendencias en una localidad dada que como índices para establecer comparaciones entre colectividades y especialmente entre países. Aunque probablemente los trabajos de compilación de datos a cargo de los gobiernos o de otras entidades nunca tendrán como principal objetivo las necesidades de quienes se ocupan de los problemas relacionados con la droga, existen todavía numerosas oportunidades para tratar de fomentar a) la mejora del registro de datos, y b) una mayor uniformidad en las definiciones de términos y conceptos utilizados en relación con los problemas de la droga, así como aquéllos compartidos con otros sectores de actividad. Entre esos términos y conceptos figuran los correspondientes a enfermedades y trastornos, defunciones, incapacidades, delitos, accidentes de tráfico y servicios relacionados con la droga. El acuerdo sobre el sentido de los términos y la naturaleza de los métodos que han de aplicarse en la recogida de esos datos se alcanza en general sin demasiadas dificultades cuando varios investigadores preparan en colaboración un nuevo programa. Sin embargo, no siempre coincidirán los términos empleados por los distintos grupos de investigadores. Como ya se ha indicado, la comparabilidad de los programas se verá facilitada por el empleo de términos y conceptos normalizados. Conviene señalar que los trabajos de compilación de datos no han de ser necesariamente complejos para que faciliten una información valiosa.

La evaluación del programa¹ puede comprender estudios de preintervención y postintervención, en los que se efectúan observaciones básicas de ciertas variables antes de aplicar un método o una política nuevos, observando después de la intervención las mismas variables a intervalos estipulados. La evaluación puede también efectuarse en relación con « experimentos naturales », en los que pueden estudiarse las diferencias de los resultados en relación con las intervenciones practicadas en dos o más colectividades o países. Conviene, en lo posible, efectuar ensayos prácticos controlados, en los que los sujetos o grupos se dividen en « grupo tratado » y « grupo testigo », sometiéndose el primero a una intervención concreta. Después de la intervención se hacen las comparaciones entre los dos grupos.

Como se indica en la sección 3.7.1, la evaluación objetiva de los programas en esta esfera ha de estar a cargo de personas que conozcan a fondo los métodos pertinentes y las actividades preventivas que se han de evaluar, pero que no intervengan directamente en la ejecución del programa de que se trate. Además, deben participar en la planificación y elaboración general de la intervención para facilitar una evaluación válida de sus resultados.

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, págs. 33-35 (sección 4.4).

3.8.2 Mejora de los programas preventivos

Al ocuparse de nuevo del perfeccionamiento de los programas preventivos y del modo de facilitar esos servicios con el menor costo humano y financiero posible, el Comité señaló que el logro de esos objetivos comprende por lo menos tres elementos :

- 1) la plena aplicación de los principios y funciones examinados en la sección 3.7.1 ;
- 2) la ejecución, con toda la amplitud que sea factible, de evaluaciones comparativas de coste/beneficios y coste/eficacia, que comprendan no sólo los costes humanos y financieros de los programas sino también la calidad y cantidad de los beneficios obtenidos ; y
- 3) la adquisición de nuevos conocimientos acerca de la etiología de los problemas relacionados con la droga y la introducción de métodos más eficaces para la ejecución de actividades preventivas en todos los planos.

Los dos primeros elementos se han examinado en secciones anteriores y sólo conviene insistir en que además de los análisis de coste/beneficios y coste/eficacia, es preciso efectuar investigaciones etiológicas, que permitan formular programas preventivos más eficaces.

Varios grupos de expertos de la OMS han propuesto temas de investigación prioritarios y han sugerido estrategias para la ejecución de estudios sobre esos temas.¹ Algunos han pedido la realización de estudios sobre la historia natural de la toma de drogas y los problemas afines, en particular de tipo prospectivo (estudios de cohortes).² Teniendo en cuenta que exigen la vigilancia de grupos numerosos durante periodos de tiempo prolongados, esos estudios resultan costosos y tardan en dar resultados. Cuando es factible, pueden efectuarse estudios cuasi prospectivos² (cohortes) para reducir sensiblemente el tiempo y los gastos. En cualquier caso, los estudios prospectivos de historia natural parecen ser la fuente potencial más importante de respuestas válidas para preguntas tales como las siguientes : ¿ Por qué ciertas personas adoptan un modo de vida basado en el uso de la droga mientras que otras, con numerosas características personales, sociales y culturales análogas no lo hacen ? ¿ Cuáles son las bases de la susceptibilidad individual ? ¿ Cuáles son las características de las personas muy expuestas al uso de drogas asociado a la aparición de problemas ? ¿ Por qué ciertas

¹ Por ejemplo : *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1957, N° 131, pág. 13 (sección 6) ; 1966, N° 343, págs. 14-15 (Anexo 1) ; 1967, N° 363, págs. 40-42 (sección 4) ; 1971, N° 478, págs. 36-41 (secciones 5 y 6) ; 1973, N° 516, págs. 46-48 (sección 6.3) ; 1973, N° 526, págs. 35-41 (secciones 5 y 6).

² *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1973, N° 526, págs. 31-33 (secciones 4.3.3 y 4.3.4).

personas se vuelven dependientes del consumo de drogas mientras que no sucede lo mismo con otros usuarios ? ¿ Cuáles son los factores precipitantes específicos o inespecíficos que intervienen en la dependencia ? ¿ Cómo se descubre y se califica como tal el comportamiento desviado ? ¿ Contribuye esa calificación a perpetuar o a evitar un comportamiento desviado de naturaleza destructora ? Las respuestas a éstas y a otras muchas preguntas análogas pueden facilitar sobremanera la elaboración de métodos preventivos más eficaces.

Teniendo en cuenta la diversidad de los problemas relacionados con el uso de distintos tipos de drogas causantes de dependencia por personas de diferentes características que viven en distintos ambientes y circunstancias sociales y culturales, es probable que los estudios de historia natural hayan de efectuarse en toda una gama de medios. En algunos países, los problemas relacionados con el comportamiento desviado destructor, comprendidos los que plantea el uso extramédico de drogas causantes de dependencia, son tan costosos en términos económicos y humanos que la pregunta no es ya « ¿ podemos efectuar esos estudios ? » sino más bien « ¿ podemos demorar mucho más tiempo la realización de esos estudios ? ».

Otros estudios que pueden tener una importante repercusión sobre la eficacia de los programas preventivos son los de carácter farmacológico y bioquímico. Por ejemplo, las investigaciones sobre antagonistas del opio y agonistas-antagonistas, emprendidas en fecha relativamente reciente, han dado resultados alentadores en lo que se refiere a la prevención secundaria. Los trabajos en sectores afines tal vez permitan obtener analgésicos y antitusígenos eficaces con menos capacidad para producir dependencia que muchos de los hoy disponibles.¹ El mejor conocimiento del metabolismo y de los mecanismos de acción de los distintos tipos de drogas causantes de dependencia puede contribuir a la obtención de mejores agentes bloqueantes (v.g., naloxeno), compuestos sensibilizantes (v.g., disulfiram) y agentes de sustitución (v.g., metadona) con importantes repercusiones para el tratamiento y la prevención.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Comité reconoce la complejidad y el carácter multifactorial de los problemas humanos (individuales y sociales) relacionados con el empleo extramédico de drogas causantes de dependencia y, por lo tanto, las dificultades que encierra la prevención o reducción de tales problemas. Teniendo en cuenta esos factores y la existencia de graves insuficiencias en los cono-

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1972, N° 495.

cimientos básicos sobre la materia, conocimientos cuya adquisición y aplicación supone el dominio de una gran variedad de disciplinas profesionales, el Comité formula las siguientes observaciones y recomendaciones relativas a la prevención.

4.1 Generalidades

1. Las medidas preventivas han de tener como objetivo general evitar o reducir la incidencia y gravedad de los *problemas* relacionados con el empleo extramédico de drogas causantes de dependencia. Ese objetivo es a la vez, más amplio, más específico y, en lo que se refiere a ciertas drogas en muchos países, más próximo a la realidad que la prevención del uso extra-médico de la droga en sí.

2. La prevención o el alivio de los problemas planteados por el uso de drogas causantes de dependencia deberá ser objeto de atención prioritaria en los países implicados actualmente (o en el futuro) en la producción, en la distribución y en el uso de tales drogas. Cuando se estudia el uso nocivo de drogas aceptadas o rechazadas por la sociedad se advierte que los problemas planteados son efectivamente o pueden ser muy costosos en términos humanos y materiales en la mayoría de los países.

3. Los responsables de la planificación y ejecución del programa, en ese y otros sectores complejos, deben : *a)* utilizar los conocimientos y aptitudes de profesionales de muchas disciplinas ; *b)* emplear personas que conozcan bien las actitudes, costumbres y recursos locales, estén bien informadas de los problemas especiales que se plantean, es decir, de los problemas sanitarios y sociales relacionados con el uso destructor de drogas y de los distintos medios de que se dispone para resolverlos, y asuman o vayan a asumir responsabilidades importantes en la ejecución del programa ; *c)* indicar los objetivos en términos que sean específicos desde el punto de vista operativo y susceptibles de determinación cuantitativa ; *d)* establecer los criterios y mediciones que han de aplicarse para evaluar la eficacia del programa ; *e)* basarse, en la mayor medida posible, en conocimientos científicamente probados ; *f)* fomentar el desarrollo de las actividades en el orden adecuado ; *g)* facilitar una evaluación que sea lo más objetiva posible ; y *h)* permitir las modificaciones del programa que sean necesarias para hacer frente a los cambios de circunstancias, dar prioridad a métodos y actividades más eficaces y ensayar nuevos criterios y métodos.

4. La acción concertada (esto es, la acción planificada en común y ejecutada en colaboración y buena armonía) se verá impulsada por *a)* la planificación y ejecución de los programas según se indica en el párrafo 3 ; y *b)* las oportunidades que se ofrezcan a las personas cuya colaboración es

necesaria para la observación conjunta de los problemas, el adiestramiento y el trabajo, con objeto de establecer una base común de comprensión y, en la mayor medida de lo posible, un sentimiento de confianza y respeto mutuos.

4.2 Disponibilidad de drogas

1. Deben ser objeto de una atención permanente *a)* el aumento de la eficacia de las medidas de fiscalización aplicadas a la producción, la distribución y el empleo lícitos de drogas causantes de dependencia y a la supresión del tráfico ilícito de tales drogas ; y *b)* el fomento de la colaboración con ese objeto en los planos internacional (mundial y regional), nacional, provincial y local. La disponibilidad de una droga causante de dependencia es una condición previa indispensable para su uso nocivo.

2. En lo que se refiere a las drogas causantes de dependencia, ha de tenerse en cuenta la aplicación entre otras disposiciones del Artículo 21 de la Constitución de la OMS, por el que se autoriza a la Asamblea de la Salud « para adoptar reglamentos referentes a... propaganda y rotulación de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional ».¹

3. Las recetas médicas para drogas causantes de dependencia serán limitadas en cantidad, duración de la validez y número de posibles utilizaciones. La acumulación de grandes cantidades de drogas causantes de dependencia por particulares aumenta el riesgo de desviación hacia usos extra-médicos.

4. En los países donde se aplican regímenes de mantenimiento, ha de estudiarse la posibilidad de que sólo los médicos especialmente autorizados puedan recetar drogas causantes de dependencia a los toxicómanos sometidos a tales regímenes. Se ha observado en algunos países que la concesión de autorizaciones especiales para ese fin reduce al mínimo la posibilidad de prescripciones excesivas, con la consiguiente desviación de drogas al mercado ilícito.

4.3 Individuos y pequeños grupos

1. En lo que se refiere a las medidas preventivas destinadas principalmente a los individuos y los pequeños grupos, es preciso establecer una distinción clara entre *a)* las personas y los grupos en los que se desea reducir

¹ Organización Mundial de la Salud (1974) *Documentos Básicos*, 24ª edición, Ginebra, pág. 7.

el interés actual o potencial por las drogas y su demanda de drogas para usarlas de forma que probablemente provocará problemas individuales o sociales ; y b) aquéllas entre las que se desea promover un mejor conocimiento de los factores personales, farmacológicos, sociales y culturales, complejos y de acción recíproca, que intervienen en el uso de drogas causantes de problemas, con objeto de que puedan i) influir sobre las actitudes y costumbres sociales y culturales para contribuir a impedir ese uso y ii) apoyar la preparación de los métodos y los servicios necesarios no sólo para ayudar a prevenir los problemas relacionados con la droga sino también para resolverlos en forma racional cuando aparezcan. Esa distinción es primordial porque necesariamente han de emplearse medios diferentes para alcanzar objetivos diferentes en individuos y grupos muy variados.

2. Las actividades destinadas a modificar el interés actual o potencial por las drogas y la demanda de las mismas para usarlas de forma que probablemente provocará problemas deben dirigirse a los individuos o grupos muy expuestos. No vale la pena tratar de evitar la aparición de problemas relacionados con la droga en personas muy poco expuestas a ese riesgo.

3. Cuando se trata de identificar a individuos implicados o muy expuestos a verse envueltos en el uso de drogas relacionado con problemas, ha de prestarse atención al grado en que esos individuos a) presentan características asociadas con retrasos del desarrollo ; b) han experimentado o están experimentando la desaparición de las restricciones habituales primarias (p.e., interpersonales y familiares) y secundarias (p.e., institucionales, sociales y culturales) ; c) residen en una zona donde pueden conseguirse drogas con facilidad y su uso es frecuente ; y d) tienen amigos o relaciones que consumen drogas.

4. Es necesario tratar por todos los medios de identificar a los drogados que presentan problemas de modo que, en la medida de lo posible, tengan la posibilidad de encontrar un medio distinto en el que puedan vivir, así como de iniciar lo antes posible el tratamiento. Dada la naturaleza transmisible del comportamiento del usuario de drogas, « varios investigadores han ideado estrategias de detección de casos parecidas a las que se emplean para las enfermedades venéreas, en las que el epidemiólogo utiliza los contactos iniciales para encontrar otros casos análogos. Esta técnica parece especialmente adaptada a la identificación de las personas farmacodependientes que suelen verse forzadas a mantener contactos frecuentes o continuos con otros usuarios de drogas para aprovisionarse de éstas ».¹ Esto es particularmente cierto en los lugares donde es difícil de obtener la droga preferida. Someter a tratamiento a un usuario es una medida de prevención

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 1973, N° 526, pág. 29 (sección 4.2.3).

secundaria para el interesado, pero el reducir las probabilidades de que sea un proveedor de drogas para otros, puede ser con respecto a éstos una medida primaria.

5. La colaboración de las instituciones tradicionales de enseñanza, salud y asistencia social, así como de los servicios menos convencionales que establecen contactos, dan consejos y asisten en situaciones de crisis y urgencia, es particularmente importante con objeto de ayudar a los drogados que presentan problemas a encontrar la asistencia adecuada a sus necesidades.

6. En términos generales, los programas destinados a evitar la aparición de problemas relacionados con el uso de drogas que no están ya muy generalizados no deben recurrir al empleo de los medios de información de masa. Esta recomendación no se formula simplemente para impedir la difusión constante de informaciones concebidas en forma simplista, inexactas con frecuencia y tal vez contraproducentes. La información difundida por los medios colectivos, incluso cuando está bien preparada, llega necesariamente a numerosos auditorios distintos y puede ser « oída » de modos totalmente diferentes, aunque en general de una forma que refuerza selectivamente las actitudes y creencias actuales del « oyente ». La presentación repetida de informaciones sobre situaciones poco conocidas, tanto en forma positiva como negativa, puede bastar para aumentar el atractivo de la situación y el interés por ella.

7. Es conveniente establecer una distinción clara entre las actividades de información y las de educación dando preferencia a estas últimas como posible método, entre otros, de aumentar en grupos previamente seleccionados el conocimiento de los complejos factores, de acción recíproca, que intervienen en el uso de drogas relacionado con problemas. Las actividades de información comprenden esencialmente el envío en un sentido único de un mensaje que va de un « expedidor » a un presunto « receptor »; no suelen facilitar oportunidades para que el receptor plantee inmediatamente preguntas, aclare problemas, manifieste sus propios intereses y preocupaciones o resuelva cualquier malentendido o motivo de inquietud que pueda haber originado la información transmitida. Por el contrario, las actividades de educación permiten la comunicación en dos direcciones, el aprendizaje y la expresión de los sentimientos. Sin embargo, todavía no se ha evaluado suficientemente la eficacia de las diversas actividades de educación en la prevención de los problemas relacionados con el uso de drogas.

4.4 Medio

1. En cada colectividad donde se lleva a cabo un programa preventivo, es necesario vigilar en forma periódica, o de preferencia continua, la natu-

raleza y la amplitud de los problemas relacionados con el uso de la droga en esa colectividad, así como los factores personales, sociales y culturales asociados con su aparición. Los problemas relacionados con la droga no son estáticos sino dinámicos, y en ellos influyen los cambios de las modas y los tipos de uso, así como las consecuencias previstas e involuntarias de las intervenciones preventivas y terapéuticas.

2. Deben emprenderse actividades de educación y de otro tipo (véase la recomendación 4 b) en la sección 4.1) con objeto de que los dirigentes de la colectividad adquieran un mejor conocimiento de todos los complejos factores, de acción recíproca, de tipo personal, farmacológico, social y cultural que intervienen en el consumo de drogas relacionado con problemas, de modo que puedan a) apoyar el establecimiento de los servicios necesarios y adecuados de tipo preventivo y curativo, y b) fomentar con el ejemplo y por otros medios la evolución de las actitudes y tradiciones culturales en un sentido que reduzca el uso de drogas relacionado con problemas, sin mostrar indulgencia al propio tiempo por supuestas prácticas disuasivas que pueden ser más nocivas para la sociedad y los individuos interesados que el tipo especial de uso de la droga que se trata de evitar. Ello exige entre otras cosas un nuevo examen de las prácticas que fomentan activamente el empleo de drogas causantes de dependencia, como, por ejemplo, la publicidad de bebidas alcohólicas, de ciertos productos del tabaco y de medicamentos modificadores del estado de ánimo. En toda la medida de lo posible, esa publicidad debe desaparecer.

3. Deben adoptarse medidas para disponer con facilidad de alternativas interesantes al uso de drogas causante de problemas. Cuando se preparan esas actividades de reemplazo, es preciso consultar con aquellos a quienes van destinadas. Para que sean atrayentes, esas actividades deben satisfacer una o más de las necesidades humanas básicas que forman el núcleo del comportamiento individual y de grupo y que a menudo guardan relación con el consumo de drogas.

4. Al estudiar el posible uso de castigos como medio de disuasión del uso de drogas relacionado con problemas, han de tenerse en cuenta los siguientes puntos : a) pese a la considerable experiencia disponible, no está probado que las sanciones penales o la amenaza de ellas disuadan en general a las *personas farmacodependientes* de seguir utilizando drogas si tienen la posibilidad de hacerlo ; b) no se sabe con certeza hasta qué punto la amenaza de castigo disuadirá a las *personas no dependientes* de emplear drogas de un modo asociado probablemente con la aparición de problemas (por ejemplo, conducir un automóvil en estado de embriaguez), pero ese posible valor de disuasión está probablemente más relacionado con la certeza del castigo que con su severidad ; c) la aplicación de sanciones penales

suele representar sólo un cierto costo para la sociedad y, casi siempre, un costo considerable para el individuo sancionado ; d) las sanciones legales y otras limitaciones sociales y culturales aplicadas a los que cometen delitos contra las leyes o las costumbres, sean o no usuarios de drogas, deben ser proporcionadas a la gravedad del delito en función de su daño real o potencial para el delincuente o para terceros ; y e) las restricciones legales y otras trabas sociales y culturales no deben dificultar excesivamente el establecimiento de contactos voluntarios entre los toxicómanos que presentan problemas y el « personal asistencial ».

5. Es necesario mejorar con la mayor rapidez posible las condiciones del medio que imponen una tensión excesiva, en particular cuando la mayoría de las personas más desfavorecidas las consideran injustas (por ejemplo, la discriminación, la falta de oportunidades, las viviendas miserables, ciertas prácticas comerciales y condiciones de trabajo). Toda contribución de esos tipos de tensión al uso destructor de drogas es en gran parte inespecífica. Sin embargo, no hay que esperar a que surja la preocupación por el uso de drogas para poner remedio a situaciones que disminuyen la dignidad de cualquier persona o le privan de sus sentimientos de valía y realización de sí mismo, de su personalidad, de su integridad o de sus esperanzas.

4.5 Consideraciones especiales relativas a las bebidas alcohólicas

1. Se recomienda que la OMS convoque con regularidad grupos de expertos que examinen las repercusiones de los datos disponibles acerca de la prevención de los problemas planteados por el consumo de bebidas alcohólicas.

2. La OMS debe examinar también la posibilidad de pedir a los gobiernos que presten atención especial a los siguientes extremos : a) los costos humanos y materiales de los problemas relacionados con el alcohol ; b) la posible influencia de los precios y de la publicidad de las bebidas alcohólicas sobre la magnitud de esos problemas, y c) la función que puede desempeñar la información y, de preferencia la enseñanza, en la reducción de esos problemas.

4.6 Investigaciones

1. Ha de concederse mucha mayor atención a la evaluación objetiva de la utilidad de los programas preventivos y curativos existentes y propuestos en esta esfera. Puede facilitar esa evaluación el establecimiento de objetivos operativos específicos, la definición clara de los métodos que

han de emplearse, y la especificación de los criterios y medidas que se han de aplicar al examinar la naturaleza y la amplitud de cualquier cambio relacionado con las intervenciones practicadas.

2. Es preciso tratar de adquirir nuevos conocimientos básicos, en particular sobre los siguientes problemas: *a)* la historia natural del uso relacionado con problemas de drogas causantes de dependencia de distintos tipos, cuando las utilizan personas con diferentes características en condiciones sociales y culturales muy diversas, y *b)* el mecanismo de acción de los distintos tipos de drogas causantes de dependencia y los medios de modificar o bloquear las características farmacodinámicas relacionadas con la aparición de problemas individuales y sociales.

3. En la ejecución de las anteriores recomendaciones 1 y 2 *a)*, ha de destacarse la ejecución de estudios prospectivos y cuasi prospectivos (cohortes).

PARTE III

FISCALIZACION INTERNACIONAL DE CIERTOS FARMACOS

1. DIFENOXINA

El Comité examinó una notificación relativa a la difenoxina ¹ presentada por el Gobierno de Bélgica, de conformidad con *a)* el Artículo 1 del Protocolo de 1948 que somete a fiscalización internacional los fármacos no incluidos en la Convención de 13 de julio de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, modificada por el Protocolo firmado el 11 de diciembre de 1946 en Lake Success, y *b)* el Artículo 3 de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961. Después de tomar nota de la opinión manifestada por el anterior Comité de Expertos ² de que la difenoxina, un metabolito activo del difenoxilato, « 1) produce efectos de tipo morfínico, 2) suprime los fenómenos de abstinencia en caso de dependencia manifiesta de tipo morfínico, y 3) mantiene la dependencia de tipo morfínico esencialmente del mismo modo que su precursor el difenoxilato

¹ Esta sustancia fue denominada ácido difenoxílico antes de que se recomendara la denominación internacional de difenoxina. El nombre químico empleado en la notificación era ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilisonipeecótico. Los *Chemical Abstracts* han adoptado más recientemente el nombre químico de ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenil-4-piperidinocarboxílico.

² *Org. Mund. Salud. Ser. Inf. técn.*, 1970, N° 460, pág. 41.

y debe considerarse como una sustancia causante de dependencia comparable a la morfina », ¹ el Comité llegó a la conclusión de que la difenoxina debe quedar sometida al régimen de fiscalización establecido en la Convención de 1931 para los fármacos especificados en el párrafo 2, Artículo 1 (grupo I), e incluida en la lista I de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961. En consecuencia, el Comité recomienda *a*) que, de conformidad con el Artículo 1 del Protocolo de 1948, la OMS comunique al Secretario General de las Naciones Unidas la opinión del Comité sobre la difenoxina y sus sales ; y *b*) que, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3, párrafo 3, inciso iii), de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961, se informe al Secretario General de las Naciones Unidas de que la OMS considera necesario modificar la lista I de la Convención Unica a fin de incluir en ella la difenoxina.

2. PREPARACIONES DE DIFENOXINA

Después de examinar una notificación relativa a las preparaciones de difenoxina, hecha por el Gobierno de Bélgica, en virtud del Artículo 3 de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961, y habida cuenta de las opiniones de los miembros del Cuadro de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, el Comité opina que las preparaciones de difenoxina que contengan, por unidad de dosis, no más de 0,5 mg de difenoxina y una cantidad de sulfato de atropina que equivalga por lo menos al 5 % de la dosis de difenoxina, presentan una composición y una eficacia comparables a las de las preparaciones de difenoxilato, actualmente incluidas en la lista III de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961. Parece conveniente incluir igualmente en la lista esas preparaciones de difenoxina.

En consecuencia, el Comité de Expertos recomienda que, de conformidad con el Artículo 3, párrafo 4 de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961, se notifique al Secretario General de las Naciones Unidas que, a juicio de la OMS, la lista III de la Convención Unica debe modificarse para incluir el siguiente párrafo :

las preparaciones de difenoxina que contengan, por unidad de dosis, no más de 0,5 mg de difenoxina y una cantidad de sulfato de atropina que equivalga por lo menos al 5 % de la dosis de difenoxina.

¹ *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 1970, N° 460, pág. 41.

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS**

Informes recientes y en preparación :

Nº		Fr. s.
488	(1972) Evaluación de los aditivos alimentarios 15º informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (46 páginas)	4,—
489	(1972) Consecuencias de los sistemas didácticos individuales y en pequeños grupos para la enseñanza de la medicina Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (31 páginas)	4,—
490	(1972) Métodos de acopio y notificación de datos sobre abastecimiento público de agua Informe de un Grupo Científico de la OMS (26 páginas)	3,—
491	(1972) Planificación y organización de servicios de laboratorio de salud Quinto informe del Comité de Expertos de la OMS en Servicios de Laboratorio de Salud (40 páginas)	4,—
492	(1972) Uso de radiaciones ionizantes y de isótopos radiactivos en medicina Informe de un Comité Mixto de Expertos OIEA/OMS (60 páginas)	4,—
493	(1972) Comité de Expertos de la OMS en Erradicación de la Viruela Segundo informe (68 páginas)	5,—
494	(1972) Etiología y prevención de la caries dental Informe de un Grupo Científico de la OMS (21 páginas)	3,—
495	(1972) Opiáceos y sucedáneos como analgésicos y béquicos Informe de un Grupo Científico de la OMS (20 páginas)	3,—
496	(1972) Inmunología clínica Informe de un Grupo Científico de la OMS (52 páginas)	4,—
497	(1972) Anomalías genéticas : prevención, tratamiento y rehabilitación Informe de un Grupo Científico de la OMS (49 páginas)	4,—
498	(1972) Vigilancia farmacológica internacional : Función de los centros nacionales Informe de una reunión de la OMS (52 páginas)	4,—
499	(1972) Organización de las administraciones locales e intermedias de sanidad Informe de un Comité de Expertos de la OMS (27 páginas)	3,—
500	(1972) Enterovacunas bacterianas orales Informe de un Grupo Científico de la OMS (36 páginas)	4,—
501	(1972) Ecología de los vectores Informe de un Grupo Científico de la OMS (42 páginas)	4,—
502	(1972) Residuos de plaguicidas en los alimentos Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1971 (61 páginas)	4,—
503	(1972) Anemias nutricionales Informe de un Grupo de Expertos de la OMS (32 páginas)	4,—
504	(1972) Trastornos hereditarios de la coagulación Informe de un Grupo Científico de la OMS (52 páginas)	4,—
505	(1972) Evaluación de diversos aditivos alimentarios y de los contaminantes mercurio, plomo y cadmio 16º informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (38 páginas)	4,—
506	(1972) Criterios y pautas de salubridad del aire en relación con ciertos contaminantes del medio urbano Informe de un Comité de Expertos de la OMS (38 páginas)	4,—

Nº		Fr. s.
507	(1972) Psicogeriatría Informe de un Grupo Científico de la OMS (52 páginas)	4,—
508	(1972) Enseñanza y formación profesional para la planificación de la familia en la acción sanitaria Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (31 páginas)	3,—
509	(1972) Tratamiento de las hemoglobinopatías y de los trastornos afines Informe de un Grupo Científico de la OMS (88 páginas)	5,—
510	(1972) Principios estadísticos aplicables a los estudios prácticos de salud pública 15º informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria (35 páginas)	4,—
511	(1972) Criterios de higiene del medio aplicables a la ordenación urbana Informe de un Grupo Científico de la OMS (39 páginas)	4,—
512	(1973) Hepatitis vírica Informe de un Grupo Científico de la OMS (57 páginas)	4,—
513	(1973) El empleo inocuo de plaguicidas 20º informe del Comité de Expertos de la OMS en Insecticidas (59 páginas)	4,—
514	(1973) Estimulantes de la función gonadal humana Informe de un Grupo Científico de la OMS (32 páginas)	4,—
515	(1973) Lucha contra la esquistosomiasis Informe de un Comité de Expertos de la OMS (52 páginas)	4,—
516	(1973) La juventud y las drogas Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (48 páginas)	4,—
517	(1973) Aprovechamiento de efluentes: métodos y medidas de protección en el tratamiento de aguas servidas Informe de una reunión de expertos de la OMS (69 páginas)	5,—
518	(1973) Prevención de la ceguera Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (21 páginas)	3,—
519	(1973) Inmunidad celular y resistencia a las infecciones Informe de un Grupo Científico de la OMS (63 páginas)	5,—
520	(1973) La función reproductiva en el varón Informe de un Grupo Científico de la OMS (37 páginas)	4,—
521	(1973) Formación teórica y práctica del personal docente de las escuelas de medicina y de ciencias de la salud Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (35 páginas)	4,—
522	(1973) Necesidades en energía y en proteínas Informe de un Comité Especial Mixto FAO/OMS de Expertos (130 páginas) <i>(en preparación)</i>	7,—
523	(1973) Rabia Informe de un Comité de Expertos de la OMS (61 páginas)	4,—
524	(1973) Farmacogenética Informe de un Grupo Científico de la OMS (45 páginas)	4,—
525	(1973) Residuos de plaguicidas en los alimentos Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1972 (65 páginas)	4,—
526	(1973) Farmacodependencia Informe de un Comité de Expertos de la OMS (44 páginas)	4,—
527	(1973) Progresos en los métodos de regulación de la fecundidad Informe de un Grupo Científico de la OMS (44 páginas)	4,—
528	(1973) Evaluación de programas de higiene del medio Informe de un Grupo Científico de la OMS (71 páginas)	5,—